393

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Pierre DENANCE

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de l'Assistance Publique

DU

HOQUET INCOERCIBLE

Président : M. BRISSAUD, *professeur*

Juges MM. ROGER, *professeur*
MARCEL LABBÉ, *agrégé*
LŒPER, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Je dédie ces quelques pages.

A son souvenir ira, avec tout notre cœur, toute notre reconnaissance. Nous n'oublierons jamais avec quelle tendresse il nous a, sans cesse, dirigé et soutenu aux heures difficiles ; et l'exemple de sa vie, toute faite de travail, d'honneur et de dévouement, restera toujours notre guide dans la carrière où nous allons débuter et nous efforcer de suivre ses traces.

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRISSAUD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de l'Instruction publique
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR H. MARTIN-ROUX

(In mémoriam)

Externat 1902

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

Externat 1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Externat 1904-1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Externat 1905-1906

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WIDAL

Externat 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ CLAUDE

Externat 1907-1908

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

Externat 1908.

A MESSIEURS LES DOCTEURS NÉLATON, RICARD, GAUCHER, HERBET, SICARD, LEMIERRE, ROSTAINE, PAPIN, COUDERT

DU HOQUET INCOËRCIBLE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études et en inscrivant, suivant l'usage, en tête de notre thèse inaugurale, les noms de ceux dont les encouragements ne nous firent jamais défaut, ainsi que les noms de nos maîtres nous obéissons, bien moins aux traditions de convenance, qu'à nos sentiments de bien sincère reconnaissance.

Qu'il nous soit donc permis, au seuil de notre carrière médicale, d'exprimer publiquement nos hommages de gratitude à ceux auxquels nous devons la vie, comme aux maîtres éminents à qui nous devons la meilleure partie de notre instruction professionnelle.

Ce n'est pas sans une profonde et douloureuse émotion, mais c'est aussi avec une légitime fierté que nous inscrivons ici le nom du cher disparu qui fut

tout pour nous, M. le Dr Denance, notre père, dont le souvenir restera toujours vivace dans notre cœur. Ce fut lui notre premier maître ; ce fut lui qui nous apprit à aimer la carrière qu'il aimait tant, qui par ses paroles et par sa vie toute d'honneur et de travail, nous fit comprendre, pour toujours, que la médecine n'était pas une profession mais un sacerdoce, et que le médecin n'est vraiment digne de ce nom que s'il apporte dans son exercice, outre son art et sa science, une inflexible probité de conscience et un dévouement de tous les instants.

Nous remercions de tout cœur MM. les Drs Nélaton et Ricard, chirurgiens des hôpitaux, MM. les professeurs Gaucher et Pozzi, de nous avoir accueilli dans leurs services, au début de nos études, et de nous avoir donné les premières notions de chirurgie et de médecine.

A la mémoire de M. le Dr Hippolyte-Martin Roux, notre premier maître d'externat, nous offrons nos hommages respectueux et émus.

Nous exprimons aussi, du fond du cœur, toute notre reconnaissance à tous les maîtres qui voulurent bien nous accepter comme externe et nous aider à acquérir toute notre instruction professionnelle :

A M. le Dr Queyrat, médecin des hôpitaux, à qui nous sommes redevable de ce que nous savons des maladies vénériennes et des maladies de la peau.

A M. le professeur Ségond, chirurgien des hôpi-

taux, dont nous nous rappellerons toujours la maîtrise et la bonté.

A M. le professeur Brissaud, médecin de l'Hôtel-Dieu, qui toujours s'est montré pour nous un maître indulgent, affectueux et bon, et qui nous a fait encore l'honneur si recherché de présider notre thèse. Qu'il nous permette donc de lui adresser ici l'assurance de notre entier dévouement et de notre infinie gratitude.

A M. le professeur agrégé Widal, médecin de l'hôpital Cochin, qui, chaque jour, à mis à notre disposition et son temps et sa science, et qui, dans les circonstances douloureuses que nous avons traversées, a bien voulu nous prouver, par ses conseils, toute sa sympathie. Qu'il veuille donc bien accepter ce trop juste et très sincère hommage de notre reconnaissance.

A M. le professeur agrégé Claude.

A M. le professeur agrégé Lepage, qui a bien voulu nous inculquer les notions pratiques d'obstétrique et nous instruire des principes de la déontologie médicale. Nous remercions, tout particulièrement et de tout notre cœur, son chef de clinique, M. le Dr Coudert, qui a toujours été pour nous si patient et si dévoué.

Nous exprimons encore toute notre gratitude à MM. les Drs Sicard, Herbet, Lemierre, Rostaine et Papin, qui, avec une patience et une bonté inlassables, ont bien voulu nous donner, sans compter, leur temps, pour parfaire notre instruction médicale.

Enfin que tous nos amis et tous ceux envers lesquels nous avons contracté une dette de reconnaissance veuillent bien recevoir, en témoignage, l'hommage de ce modeste travail.

INTRODUCTION

A l'origine de ce travail se trouve un événement, dont le souvenir est pour nous bien douloureux. C'est en effet, dans notre famille même, qu'il nous a été donné d'observer, pour la première fois, un cas de hoquet, incoercible, et alarmant par sa violence.

Dans les derniers jours de septembre 1906, un de nos oncles, jeune encore, âgé de quarante-trois ans, fut pris de troubles gastro-intestinaux, d'abord légers, au bout de quelques jours plus graves, aboutissant rapidement, à des vomissements fréquents, à une intolérance gastrique absolue. En même temps, on constatait les signes d'une bronchite bénigne. On fit le diagnostic de grippe, on prescrivit le repos et on institua un traitement tonique. Mais vers le 4 janvier 1907, apparurent des crises de dyspnée, d'abord espacées, ne se montrant qu'une fois par jour, dans l'après-midi surtout. Puis ces crises se rapprochèrent et devinrent subintrantes. Un nouvel examen du malade fit alors porter le diagnostic *d'urémie*. Sous l'influence du traitement classique, une amélioration notable fut obtenue et on put, un moment, espérer le retour à la santé.

Mais, vers le 12 janvier, notre oncle fut pris d'un hoquet douloureux et tenace. Avec lui réapparurent les vomissements, et l'insomnie devint vite absolue. Ce hoquet, presque continu, dura ainsi trois jours pleins. Puis, sans cause apparente, alors que les moyens thérapeutiques usuels avaient tous échoué jusque-là, il disparut. Mais l'état général du malade était déjà extrêmement altéré et la mort survint dans le coma urémique, le 20 janvier 1907.

Nous voulûmes, pendant la maladie de notre oncle, chercher, dans les auteurs, l'explication de ce phénomène, qui impressionnait péniblement l'entourage. Grand fut notre étonnement, en voyant qu'on n'en parlait point dans le traité de *Pathologie générale et de Séméiologie de Bouchard*. Nous fûmes plus heureux en ouvrant le *Manuel de Diagnostic de Debove et Achard*.

Dès lors, notre travail était amorcé.

De retour à Paris, le hasard nous fit connaître plusieurs autres cas. Tout d'abord, un cas de hoquet incoercible, également urémique, observé par notre ami, M. Stern, interne des hôpitaux, au cours d'un remplacement de médecin à la Ferté-Milon et qu'il voulut bien nous communiquer. Nous l'en remercions bien vivement. Nous publions ce cas plus loin, en parlant du hoquet urémique.

Puis, comme rien n'est plus vrai en clinique, que la loi des séries, M. Rathery, chef de clinique à la Faculté de Médecine, voulut bien nous indiquer l'observation d'une jeune fille, entrée dans le service

du professeur Debove, à Beaujon, pour un hoquet incoercible datant de trois jours. Cette observation de M. Rathery, que nous prions de recevoir nos bien vifs remerciements, nous la rapportons également plus loin, en parlant du hoquet hystérique.

Enfin, à la même époque nous lûmes, dans les journaux de médecine, trois observations de hoquet incoercible rapportées à la Société médicale des Hôpitaux de Paris : deux dans la séance du 18 janvier 1907 et l'autre dans celle du 25 janvier, même année.

En rapprochant les trois observations inédites de ces trois dernières et d'autres encore que nous trouvâmes dans la littérature médicale, nous avons pensé qu'il y avait, là, matière à édifier un travail utile. Et cela d'autant plus que les travaux sur la séméiologie du hoquet sont rares et qu'aucune thèse nouvelle sur l'ensemble du hoquet n'a été publiée, depuis celle d'Archintre (1). Nous avons gardé, de nos recherches bibliographiques, cette impression que, sur le phénomène qui nous occupe, pèse une grande indifférence. Nous n'en voulons pour preuve que le silence que gardent, à son sujet, nos traités classiques de pathologie interne et le *Traité de Pathologie générale* de Bouchard.

Le hoquet, à notre modeste avis, ne mérite pas ce désintéressement. Nous essaierons de le montrer dans cette thèse, en faisant une étude d'ensemble

1. Archintre. Thèse de Paris. *Etude sur le Hoquet*, 1876.

sur le hoquet incoercible. Et nous nous attacherons surtout, en adoptant une classification rationnelle, à en étudier la signification, le diagnostic étiologique.

DIVISION

Nous diviserons le présent travail en cinq parties.

Dans la PREMIÈRE PARTIE, nous établirons d'abord la *définition* du hoquet incoercible. Puis, après quelques mots d'*historique*, nous étudierons la *physiologie pathologique* du hoquet.

Dans la DEUXIÈME PARTIE, nous nous occuperons uniquement de la séméiologie générale du spasme diaphragmatique.

La TROISIÈME PARTIE sera consacrée au *diagnostic*. Après quelques considérations sur les diagnostics positif et différentiel, nous aborderons le chapitre le plus important de ce travail, le diagnostic causal.

Dans la QUATRIÈME PARTIE, nous envisagerons la valeur séméiologique et le pronostic du hoquet incoercible.

La CINQUIÈME PARTIE sera réservée au traitement.

Nous exposerons, enfin, les CONCLUSIONS qui se dégagent de cette étude.

Première Partie

I. — DÉFINITION

La définition du *hoquet incoercible* doit logiquement comprendre deux parties : la première concernera le hoquet même, la seconde se rapportera à son qualificatif.

La définition du hoquet ne présente aucune difficulté. Comme le fait remarquer Eloy, dans son article « hoquet » (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, t. XIV, p. 425), de tous les points de l'histoire physiologique et clinique du hoquet, celui qui divise le moins les observateurs, c'est sa définition.

Si nous comparons, en effet, quelques-unes des définitions données par les auteurs, nous les trouverons sensiblement identiques.

« Le *hoquet*, dit Longuet (1), est une contraction spas-

1. Longuet. *Traité de Physiologie*, 3e éd., t. I, Paris, 1873, p. 736.

modique, brusque et involontaire du diaphragme, avec contraction coïncidente de la glotte. »

De même Beaunis (1) définit le *hoquet* : « une contraction spasmodique du diaphragme, avec inspiration brusque arrêtée subitement par l'accolement des cordes vocales ».

La définition, qui résume et complète toutes les autres, est celle que donne Eloy (2).

Le *hoquet* est « une contraction subite et spasmodique du diaphragme, déterminant une brusque secousse des parois abdominale et thoracique, et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé, causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte ».

Voilà pour le hoquet.

Q'entendrons-nous par *hoquet incoercible* ?

Le sens étymologique du mot est : « qui ne peut être comprimé ». Et c'est ainsi que le définissent Littré, Larousse. Appliqué à la pathologie, « incoercible » signifierait : qui ne peut être arrêté, maîtrisé, jugulé. Ce n'est pourtant pas le sens que nous lui donnerons dans notre travail, pas plus qu'on ne lui donne ce sens rigoureusement négatif dans l'expression « vomissements incoercibles ».

Voici, en effet, comment Dechambre, Duval et Lereboullet (1) définissent les vomissements incoer-

---

1. Beaunis. *Physiologie humaine*, 3e éd., t. II. Paris, 1888, 1883, p. 288.
2. Eloy. *Dict. encycl. des Sc. méd.*, t. XIV, p. 425.
3. Dechambre, Duval et Lereboullet. *Dictionnaire usuel des Sc. méd.* Paris, 1885, p. 807.

cibles : « vomissements qui résistent longtemps à toutes les médications ».

En adaptant cette définition au phénomène qui nous occupe, nous dirons donc :

Le hoquet *incoercible* est une succession de contractions brusques, spasmodiques et involontaires du diaphragme, avec contractions coïncidentes de la glotte, résistant longtemps à toutes les médications nouvelles.

Hoquet incoercible veut donc dire : hoquet opiniâtre, rebelle, prolongé, chronique. Ce qui le caractérise, c'est donc sa durée ou sa répétition.

Quant à préciser la durée minima, la chose est embarrassante : dans un cas, le hoquet ne durera qu'un quart d'heure, mais se répétera tous les jours ou plusieurs fois par jour : c'est un hoquet incoercible. Dans un autre cas, il aura duré toute une journée, mais disparaîtra pour toujours : c'est encore un hoquet incoercible.

Bien entendu, sa durée maxima n'a pas de limites : quatre ans dans une observation de Pierquin (1), trente ans dans un autre de Bartholin (2) !

---

1. Pierquin. *Le Progrès*, t. XVIII, p. 208,

2. Cité par Planque. *Bibl. choisie de médec.*, 1759, V, p. 442.

II. — HISTORIQUE

Le hoquet, il est à peine besoin de le dire, n'a point échappé à l'observation des anciens.

Hippocrate en parle à plusieurs reprises dans ses aphorismes. Il en étudie l'étiologie qu'il croit purement gastrique et en envisage le pronostic qu'il considère comme presque constamment mauvais.

Aristote ajoute un chapitre à l'étiologie du hoquet: il le décrit, en effet, au cours des affections de l'appareil respiratoire.

Galien émit, le premier, l'opinion qu'il s'agissait là d'une contraction spasmodique des muscles respirateurs.

Plus tard, nous trouvons les travaux de Sydenham (*Lettre sur l'affection hystérique*, trad. Janet. Montpellier, 1816, t. II, p. 76), ceux de Bœrhaave, de Haller (*Elementa physiologiæ*, édit. de Lausanne, t. III, p. 307) ; les dissertations de Hoffmann à Italle en 1733, de Burning à Utrecht en 1758, de Cartheuser en 1754, de Thiel à Gottingue en 1761, de Portefaix à Bâle en 1724, de Tchudi à Bâle également en 1767, de Pierre Despaux à Paris en 1814.

Longuet, Béclard, dans leurs *Traités de Physiologie*, lui consacrent des chapitres importants. Béclard le premier, complète l'étude du mécanisme du hoquet, en ajoutant la notion du spasme glottique à celle du spasme diaphragmatique, dont les auteurs du *Compendium* avaient déjà parlé.

Puis viennent les thèses de Loquet (Paris, 1865), d'Archintre (Paris, 1876), de Mercier (Paris, 1880).

Nous signalerons également les articles « Hoquet » de : Müller (1), Brachet (2), Eloy (3), Larcher (4), Bouchut (5), Eichhorst (6), les thèses de Martelli (7), Dœpke (8), l'article du *Manuel de Diagnostic* de Debove et Achard (9).

Enfin, dans le cour de ce travail, nous aurons l'occasion de citer nombre de faits et d'auteurs, que nous aurons rencontrés, épars, dans diverses publications.

III. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La connaissance exacte de la pathogénie du hoquet date de l'étude qu'en fit Béclard (10).

Hippocrate expliquait le hoquet par la contraction de l'estomac.

Bœrhaave et, après lui, Mahon, attribuaient le hoquet à une convulsion de l'œsophage « ayant pour effet de tirer en haut l'estomac et le diaphragme,

---

1. Müller. *Manuel de Pysiologie,* Trad. Jourdan. Paris, 1845.
2. Brachet. *Physiol. élém. de l'homme*, 1855, t. II, p. 233.
3. Eloy. *Dict. encycl. des Sc. méd.* art. Hoquet, 1888.
4. Larcher. *Dict. de Méd. et de Chir prat.*, art. Hoquet.
5. Bouchut. *Traité de Diagn. et de Séméiologie.* Paris, 1883.
6. Eichhorst. *Traité de Path. et de Thérap.* Paris, 1889.
7. Martelli. Thèse de Toulouse, 1897.
8. Dœpke. Thèse de Berlin, 1892.
9. Debove et Achard. *Manuel de Diag. médical*, t. II, p. 213.
10. Béclard. *Traité de Physiologie humaine*. Paris, 1866, p. 349.

tandis qu'en même temps ce muscle est porté en bas par une contraction subite ». Comme le fait remarquer Delorme dans l'article « Hoquet » du *Dictionnaire de Médecine*, cette opinion reposait sur une erreur d'interprétation, consistant à prendre l'effet pour la cause.

Les auteurs du *Compendium* reviennent à l'opinion d'Hippocrate : l'estomac serait le point de départ « des secousses convulsives, qui se transmettent jusqu'au cardia et à l'œsophage, en s'accompagnant de la contraction spasmodique du diaphragme ». Et, plus loin : « Le premier phénomène qui se produit est une sensation de constriction que l'on éprouve vers le cardia ; souvent, aussi, plusieurs secousses irrégulières impriment des mouvements rapides à tout l'estomac : on sent bientôt comme une ondulation brusque et convulsive qui se communique de l'estomac à l'œsophage. »

Hoffmann (1), le premier, met l'estomac hors de cause et fait intervenir le diaphragme. Haller (2) adopta l'opinion de Hoffmann et, en ajoutant au spasme diaphragmatique l'ébranlement des lèvres de la glotte recevant le choc de l'air inspiré, il se rapprochait tout à fait de l'opinion des physiologistes contemporains, opinion bien précisée, comme nous l'avons déjà dit, dans l'étude de Béclard.

Les actes, dont la succession constitue le hoquet,

1. Hoffmann. *De singultu*, Halle 1732.
2 Haller. *Elementa Physiologiæ*, édit. de Lausanne, t. III, p. 307.

sont : contraction brusque du diaphragme, agitation convulsive de l'abdomen et du thorax, vibration de la glotte, production d'un bruit sonore.

La contraction du diaphragme constitue l'acte essentiel et initial : elle est spasmodique et involontaire. La contraction et, par conséquent, l'abaissement du muscle, refoule les organes abdominaux et a pour effet l'ébranlement de la paroi antérieure de cette cavité.

D'autre part, la contraction du diaphragme détermine un brusque appel d'air. Ce dernier se précipite dans les voies aériennes et vient frapper la glotte.

Celle-ci resserre alors ses lèvres, par la contraction de ses muscles tenseurs ; l'air passe ainsi, difficilement, et le bruit du hoquet se produit.

Mais, à côté de ces phénomènes essentiels, le spasme diaphragmatique en détermine d'autres. Il comprime, en effet, l'estomac dont il hâte l'évacuation, aidé, il est vrai, par une contraction du muscle stomacal lui-même. Il s'ensuit le passage des aliments de l'estomac par le pylore, en même temps qu'il se produit une éructation qui fait échapper les gaz par l'œsophage (Loquet, Trèves). Et ces faits nous expliquent les théories pathogéniques des anciens, qui plaçaient dans l'estomac et dans l'œsophage l'acte essentiel du hoquet.

Nous venons donc de voir le mécanisme. Voyons, à présent, la cause qui détermine ces phénomènes, qui déclanche leur succession. Deux théories sont en présence : l'une mécanique, l'autre nerveuse.

1° *La théorie mécanique* est la plus ancienne et se trouve exposée dans le travail de Maissiat, qui l'accepte. La distension gazeuse des viscères abdominaux provoquerait la contraction du diaphragme par excitation directe, et on prouvait cette assertion, en déterminant le hoquet par l'ingestion d'une eau fortement gazeuse.

Mais on s'est vite aperçu que l'irritation du diaphragme par le globe stomacal distendu ne pouvait pas être toujours invoquée. Krimer, en effet, a pu produire le hoquet par l'excitation directe du cardia. D'autre part, le hoquet est fréquent au cours de lésions cérébro-bulbaires ou au cours d'affections d'organes éloignés, ou même en dehors de toute lésion organique.

Enfin le spasme diaphragmatique ne produit pas à lui seul le hoquet, mais il faut, en outre, nous l'avons vu, la contraction des lèvres de la glotte.

2° *Une théorie nerveuse* s'est alors substituée à la précédente : il s'agit d'un arc réflexe.

a) *Les voies centrifuges* sont représentées par deux nerfs : le phrénique qui actionne le diaphragme et le vago-spinal qui produit, à la fois, le resserrement des lèvres de la glotte, la contraction de l'estomac et le relâchement du sphincter pylorique. La physiologie expérimentale a, en effet, montré que l'excitation du nerf laryngé supérieur met la glotte en adduction et que celle du pneumogastrique peut, dans certaines conditions, produire la contraction du corps de l'estomac et le relâchement du pylore.

b) Mais quel est le *centre nerveux* qui coordonne les différents actes dont la succession constitue le hoquet ? Sa localisation exacte n'est pas encore établie, mais on suppose que son siège doit être voisin du nœud vital et du centre du vomissement qu'on situe vers l'angle du quatrième ventricule.

c) Quant aux *voies centripètes*, elles sont extrêmement nombreuses. L'excitation peut siéger au niveau des téguments (impression de froid), des muqueuses, ou des viscères. Tantôt on la trouve sur le territoire du pneumogastrique (corps étranger des voies aériennes, pleurésies, affections du foie, de l'estomac, de l'intestin, du péritoine, de l'œsophage, du pharynx) ; tantôt, dans le domaine du grand sympathique (grossesse, maladies de la prostate, de la vessie, du rein, de l'utérus).

Dans d'autres cas, l'irritation porte directement sur le centre, soit par une lésion organique (tumeurs, etc.), soit par un produit toxique endo- ou exogène (urémie, tabagisme, etc.), soit par une représentation imaginative (hystérie, imitation, etc.), soit, enfin, par anoxhémie (hémorragies abondantes, agonie).

Dans une troisième série de cas, enfin, l'irritation porte sur la portion centrifuge de l'arc réflexe (luxation des vertèbres cervicales, tumeurs du médiastin, anévrisme de l'aorte, péricardite, pleurésie diaphragmatique et médiastine, plaies du diaphragme, périsplénite). Le phrénique devient alors, à la fois, voie centripète et voie centrifuge, c'est-à-dire qu'il agit

comme nerf sensitif et comme nerf moteur. Sa sensibilité, il la doit, on le sait, aux fibres sensitives qui passent par sa racine supérieure.

Mais si nous songeons à l'étendue du territoire viscéral du nerf phrénique, nous voyons que des conclusions nouvelles s'imposent. *Le plexus diaphragmatique* situé sur la face inférieure du diaphragme, à droite notamment, est formé, comme on le sait, par quelques filets issus des cinq ou dix derniers nerfs intercostaux, des filets sympathiques venus des ganglions cœliaques et, avant tout, par les filets émanés des branches perforantes du phréque (droit surtout).

Or, de ce plexus, se détachent des filets nombreux, qui ont presque tous une direction postérieure et qui se rendent :

α) Au *diaphragme et au péritoine diaphragmatique.*

β) Aux portions diaphragmatique et thoracique de la *veine cave inférieure.*

γ) Au *péritoine hépatique*, *au foie* (douleurs de l'épaule dans les maladies du foie) ; au péritoine de la paroi abdominale postérieure.

δ) A la *capsule surrénale.*

ε) Au *plexus solaire* (un filet constant se rend au ganglion semi-lunaire droit).

ζ) D'après Luschka, les filets anastomotiques des branches phrénico-abdominales avec le plexus cœliaque iraient se jeter dans les *plexus intestinaux.*

Si l'on songe, en outre, que le phrénique donne des rameaux :

α) *Thymiques*.

β) *Pleuraux*.

γ) *Péricardiques*.

δ) Rameaux perforants allant au *péritoine sous-diaphragmatique*. (Luschka a pu les suivre jusqu'à l'ombilic.)

On voit, dès lors, que le territoire viscéral du nerf phrénique est considérable et que bien peu de viscères lui échappent. Une conclusion pathogénique et pratique se dégage de toutes ces considérations : *le hoquet est le cri de détresse du nerf phrénique*. C'est, avant tout, dans le domaine viscéral de ce nerf qu'il faudra rechercher ses causes déterminantes.

Deuxième Partie

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE

L'apparition du hoquet est presque toujours brusque. Quelquefois, son début est précédé de quelques troubles qui peuvent être considérés comme une sorte d'aura : sensation de tension épigastrique, éructations chez le nourrisson surtout.

Une fois produit, le hoquet a d'emblée sa physionomie caractéristique, bien connue de tout le monde : des secousses diaphragmatiques plus ou moins violentes, déterminant un brusque soulèvement des parois abdominales, un ébranlement du thorax, avec un appel d'air qui met en vibration les cordes vocables spasmodiquement contractées et, enfin, le son invariablement le même qui en est la conséquence.

L'intensité du hoquet, étant fonction, à la fois, du spasme diaphragmatique et du spasme glottique, variera selon les modifications de ces deux éléments fondamentaux.

Dans certains cas, les secousses diaphragmatiques sont tellement intenses, qu'elles amènent une agita-

tion synchrone des épaules, de la tête, des membres et du tronc. Il en résulte une grande fatigue qui peut aller jusqu'à la cachexie, si la durée du hoquet est longue. C'est ce que l'on peut voir dans le travail de M. Leloir, communiqué à l'Académie de Médecine (1), sur le traitement du hoquet par la compression digitale du nerf phrénique :

OBSERVATION II

Une fillette de douze ans était atteinte, *depuis un an*, de hoquet incoercible, se produisant toutes les demi-minutes, *entravant le sommeil* et la nutrition, et amenant le dépérissement de l'enfant. Cette malade fut guérie par une forte compression digitale, exercée, pendant trois minutes, sur le nerf phrénique gauche, entre les deux attaches sterno-claviculaires du sterno-mastoïdien. La guérison se maintient depuis cinq ans. L'auteur a constaté, depuis cette époque, plusieurs cas de guérison par le même procédé.

D'autres fois, au contraire, l'intensité du spasme glottique l'emporte sur celle du spasme diaphragmatique. Il se produit, alors, un bruit très intense et très aigu ressemblant parfois au jappement du chien.

OBSERVATION III

Marage (2) cite l'observation d'un de ses malades, chez

1. Académie de Médecine, séance du 18 janvier 1892.
2. Marage. *Union médicale*, 1851, 1re série, p. 478.

lequel le hoquet était tellement intense et strident, qu'on pouvait l'entendre jusqu'à 1 kilomètre dans la campagne. Il lui administra une potion contenant du chloroforme et le hoquet disparut.

Un autre caractère du hoquet est également sujet à une grande variabilité : c'est la fréquence des secousses. Généralement, on n'en compte guère que 6 à 15 par minute. Mais, dans les cas graves, on en a signalé jusqu'à 60 et 80 (Eichhorst).

Danet (1) a vu des hoquets synchrones aux pulsations cardiaques.

L'influence du sommeil est variable. Dans certains cas, le hoquet persiste et rend le sommeil impossible. Mais, en général, lorsque le malade, épuisé, finit par s'endormir, le hoquet disparaît.

Lorsque les spasmes diaphragmatiques sont très intenses, on voit apparaître toute une série de troubles qui augmentent considérablement les souffrances du malade. L'hématose peut être sérieusement gênée, la respiration devient anxieuse, la cyanose peut survenir (Mercier). De plus, comme si le spasme laryngé se propageait au pharynx, la déglutition peut être très difficile ou même impossible, pour les solides surtout. On conçoit que, dans ces conditions, la dénutrition fasse des progrès inquiétants.

La parole, elle-même, devient pénible pour le malade et pour son entourage. Elle est scandée,

1. Danet. *Gazette des Hôpitaux*, 8 octobre 1862.

hachée, interrompue par le hoquet entre deux syllabes quelquefois. Dans certains cas, elle est même complètement impossible.

Un nouvel élément de gravité peut se joindre au hoquet : c'est lorsque ses secousses réveillent à chaque instant une douleur atroce, comme dans la pleurésie diaphragmatique par exemple.. L'insomnie est alors absolue, et la cachexie guette le malade si l'on n'arrive pas à juguler le hoquet.

Beaucoup plus rarement, comme dans le cas de Viglessi (1), le hoquet apporte un certain soulagement à un dyspeptique, en provoquant des éructations et en favorisant l'évacuation gastrique.

Nous ne reviendrons pas sur la durée du hoquet incoercible. C'est une question que nous avons déjà discutée. Qu'il nous suffise de dire que c'est dans l'hystérie que l'on rencontre les cas les plus tenaces.

L'accès peut être unique ; très souvent il y a des récidives. Le deuxième accès est toujours plus pénible que le premier, le malade étant, généralement, à sa suite, fatigué, et accusant souvent de la courbature aux insertions diaphragmatiques.

---

1. Viglessi. Thèse de Paris, 1845.

Troisième Partie

DIAGNOSTIC DU HOQUET

Le diagnostic positif et différentiel du hoquet est, il est à peine besoin de le faire remarquer, d'une simplicité absolue, et nous éviterons de faire son diagnostic, comme nous l'avons vu faire, avec les spasmes pharyngés, le bâillement, l'aérophagie.

De sorte que, comme nous le voyons, le seul diagnostic vraiment intéressant c'est le *diagnostic étiologique*.

Mais pour rechercher la cause du hoquet incoercible, quelle marche allons-nous suivre, quelle classification allons-nous adopter ?

Nous devons dire, tout de suite, qu'aucune des classifications que nous avons lues ne nous paraît vraiment clinique et par conséquent, utile.

Celle de Bertier, qui distingue, d'une part, des hoquets réflexes et, d'autre part, des hoquets de cause centrale, est, sans doute, une classification très ingénieuse ; mais elle est purement pathogéni-

que, et ne s'inspire nullement de la façon dont les problèmes sont posés au lit du malade.

La classification des auteurs classiques, en hoquets symptomatiques et hoquets idiopathiques, ne nous satisfait pas davantage. Elle a une allure plus clinique que la précédente, en apparence seulement. En réalité, c'est préjuger de la signification d'un phénomène morbide que de l'appeler idiopathique ou essentiel. Et puis, cette expression ne cache-t-elle pas souvent notre ignorance, et ne motive-t-elle pas souvent une sorte d'indolence, qui nous empêche de rechercher la vrai cause efficiente ?

En réalité, voici ce que nous voyons en clinique : certains malades ont du hoquet et accusent, en même temps, une foule d'autres troubles ; d'autres malades ne se plaignent que du hoquet.

Nous diviserons les hoquets incoercibles en deux grands groupes :

I.— Dans le *premier groupe*, nous rangerons les maladies où le symptôme *hoquet*, noyé au milieu de désordres plus ou moins graves mais dominants, n'est qu'un *épiphénomène d'une importance secondaire*.

II. — Dans le *second groupe*, nous rangerons les maladies où le symptôme *hoquet domine l'ensemble symptomatique*, ce dernier étant assez effacé ou même absent à première vue. Son apparition peut, quelquefois, mettre sur la voie d'un diagnostic important, et permettre de découvrir le siège, la nature ou le pronostic d'une lésion.

I. — Le hoquet n'est qu'un épiphénomène, au cours d'une affection donnée

Le hoquet étant un phénomène morbide que l'on observe dans un très grand nombre de maladies, il est indispensable de mettre de l'ordre dans le groupement de celles-ci.

Or, étant donné — comme nous l'avons déjà dit — que le hoquet doit être considéré *pratiquement*, et avant tout, comme l'indice d'une irritation du nerf phrénique, c'est par les maladies des organes, qui touchent de près ce nerf, que nous devons commencer.

Aussi, voici la classification que nous proposons. Nous grouperons les maladies en cinq chapitres.

Dans le *chapitre premier*, nous étudierons le hoquet dans les affections des *organes thoraciques*.

Dans le *deuxième chapitre*, nous passerons en revue les affections des *organes abdominaux*.

Le *troisième chapitre* sera consacré aux maladies du *tube digestif*.

Dans le *quatrième chapitre*, le hoquet sera considéré dans les affections du *système nerveux*.

Un *cinquième chapitre*, enfin, traitera du hoquet dans les *maladies générales*.

CHAPITRE PREMIER

Hoquet dans les affections des organes thoraciques

Dans ce chapitre nous étudierons à part et successivement le hoquet dans :

§ 1. — Les maladies des voies respiratoires.

§ 2. — Les compressions médiastines.

§ 3. — Les péricardites.

§ 1. — *Hoquet dans les maladies des voies respiratoires*

A. — Au cours des *pleurésies diaphragmatiques*, le hoquet a été maintes fois mentionné, et Guéneau de Mussy (1) le décrit comme un symptôme fréquent de ces pleurésies. Tous les auteurs, qui ont parlé depuis des pleurésies diaphragmatiques, n'ont fait que rééditer l'opinion de Guéneau de Mussy.

Malaviale (2), au contraire, se basant sur la critique des observations publiées, le croit très rare. En effet, dans les observations anciennes, il ne l'a vu

1. G. de Mussy. *Cliniques médicales*, t. I, 1874. — *Arch. gén. de méd.*, 1879, p. 4.

2. Malaviale. Thèse de Paris, 1890.

noté, en tant que phénomène incoercible, que dans une seule observation de Guéneau de Mussy et dans une autre de Potain. Lui-même ne l'a observé que deux fois et Hermil (1) ne l'a trouvé que sept fois sur 40 cas de pleurésie diaphragmatique.

Quoi qu'il en soit, le hoquet de la pleurésie diaphragmatique a une physionomie clinique absolument caractéristique : il est horriblement douloureux, chaque secousse réveillant à la base du thorax une douleur intolérable.

Il est généralement spontané. Quelquefois on le provoque en appuyant sur l'épigastre du malade, comme dans un cas d'Andral (2).

Quant à sa durée, elle est fort variable et dépend de la durée et de la gravité de l'affection causale.

B. — Au cours de la *pneumonie*, le hoquet a été noté depuis longtemps déjà par Bouchut, Moreau, etc. Il a été étudié tout près de nous par Assailly (3), qui publie des observations communiquées par : Devic trois cas), Chatin (un cas) et Mallard (un cas). Ajoutons, en plus l'observation déjà ancienne de Mastroviti (4), celles de Booth (5), Evans (6), Consta-

1. Hermil. Thèse de Paris, 1879.
2. Andral. Clinique médicale. *Ann. de Méd. d'Omodei*, 1823.
3. Assailly. *Du hoquet dans la pneumonie.* Thèse de Lyon, 1903.
4. Mastroviti, Singulto nella pneumonite crupale. *Med. contemp.* Napoli, 1885.
5. S. Booth, Scotch smeff in pleuro-pneumonia (rebellions case of hiccough) *Tr. South*, 1879.
6. Evans. *Pneumonia complicated with singultus.* Philad. 1872.

ble (1) et les quatre observations de Mubreany (2).

Comme on le voit, le hoquet est, en somme, très rare au cours de la pneumonie.

Bien que la plupart des cas observés se rapportent au sexe masculin, il serait exagéré d'attribuer à ce dernier l'apanage exclusif de cette pénible complication de la pneumonie. Il ne s'agit, sans doute, là, que de coïncidences, explicables par le nombre restreint d'observations que nous possédons.

L'âge est également sans importance, puisqu'on l'a vu aussi bien à vingt-sept qu'à soixante-dix-sept ans.

Quant à son apparition, on peut dire qu'il ne débute jamais en même temps que la pneumonie. C'est généralement vers le cinquième ou sixième jour de la localisation pulmonaire que l'on voit apparaître le hoquet.

Son évolution, assez rapide, puisqu'il ne dure, en général, que cinq à neuf jours, est absolument indépendante de l'évolution de la pneumonie. Il finit quelquefois, avant la défervescence, à laquelle il survit, d'autres fois, durant quatre ou cinq jours.

Quant à sa physionomie clinique, le hoquet pneumonique a la violence, la solennité du frisson de la pneumonie. Il secoue le malade des pieds à la tête et, très fréquent, il lui interdit tout repos.

---

1. Constable. *The Lancet*, 21 août 1869.
2. Mubrany. *The Lancet*, 18 mars 1854.

Le spasme diaphragmatique est ici très douloureux et le malade localise la douleur à la région lombaire. Très souvent, la pression sur le nerf phrénique détermine les points douloureux classiques de la névralgie phrénique. Il s'accompagne souvent de vomissements et d'insomnie.

Très pénible, par conséquent, pour le malade, le hoquet est souvent très gênant pour le médecin, qu'il empêche d'ausculter convenablement les lésions pulmonaires.

Voici une des observations les plus typiques recueillie dans la thèse d'Assailly et communiquée à l'auteur par le Dr Mollard.

OBSERVATION IV

M. N..., âgé de soixante-dix-sept ans, a toujours joui d'une excellente santé. Il est pris le 1er juin 1902, des premiers symptômes d'une pneumonie franche : frisson, point de côté de la base droite, fièvre. Les signes physiques apparaissent le lendemain ; la pneumonie envahit progressivement la totalité du poumon droit, sauf le sommet droit, et évolue normalement en huit jours. La défervescence se fait le 9 juin. Il s'est agi d'une pneumonie lobaire type avec crachats rouillés et la seule particularité remarquable a été la suivante :

Deux ou trois jours avant la défervescence, le malade a été pris d'un hoquet intense, répété, presque continu au début, avec plusieurs secousses successives. Ce hoquet était douloureux et indisposait sérieusement le patient par sa

continuité. On n'a constaté à ce moment aucun signe appréciable de pleurésie diaphragmatique. Toutefois, vers le 10 juin, on a pu entendre des frottements pleuraux très accusés, et il est permis de supposer que la plèvre diaphragmatique était aussi le siège d'un léger degré d'inflammation. Le hoquet a persisté pendant huit jours environ, puis, après s'être progressivement atténué, a disparu. La résolution de la pneumonie a été lente. Le 8 juillet elle était terminée et le malade, complètement guéri, est parti pour la campagne.

Telle n'est pas toujours la terminaison du hoquet pneumonique. Et dans deux cas du professeur Devic, suivis de mort, l'autopsie a pu être faite. Dans la première, on a trouvé : pneumonie ave pleurésie médastine gauche, pleurésie médastine droite, et, enfin, une pleurésie diaphragmatique droite enkystée. La seconde autopsie relate, dans le poumon, l'existence d'une pneumonie un peu moins typique. On trouve une légère adhérence de la plèvre diaphragmatique droite et une pleurésie médiastine du même côté.

Mais quelle est la signification du hoquet apparaissant au cours d'une pneumonie ? Le hoquet, disons-le tout de suite, répond, vraisemblablement, toujours à une inflammation de la plèvre diaphragmatique ou médiastine. La participation de la plèvre au processus inflammatoire de la pneumonie est chose connue depuis longtemps, et cliniquement étudiée par Andral sous le nom de pleuro-pneumonie.

Mavagliano (1) a constaté en 1884-1885, au moyen de la seringue de Pravaz, « l'existence de très légers épanchements séro-fibrino-purulents, à la surface de poumons hépatisés chez 21 malades. Dans le cours de l'année 1890-1891, il a répété ces ponctions exploratrices, systématiquement, chez 58 pneumoniques ; 38 de ceux-ci, soit plus de la moitié, présentaient un exsudat séro-purulent en très petite quantité.

Cet exsudat disparaît ordinairement quand la pneumonie a pris fin.

« Quelquefois, l'épanchement, d'abord séro-purulent, devient, avant de disparaître, un liquide séro-fibrineux. »

Les pleurésies médiastines ou diaphragmatiques, qui occasionnent le hoquet au cours de la pneumonie, appartiennent à la variété des pleurésies dites para-pneumoniques (2), c'est-à-dire survenant pendant l'évolution même de la pneumonie.

Et, suivant que ces pleurésies para-pneumoniques guériront avant ou après la pneumonie, le hoquet lui-même disparaîtra avant la défervescence ou bien lui survivra.

Et cette explication du hoquet, dans la pneumonie, par l'existence d'une pleurésie diaphragmatique ou médiastine, repose, non seulement sur les recherches

---

1. Netter. *In Traité de Médecine*. Bouchard, Brissaud, 2e éd. t. VII, p. 455.

2. Mauvais. *Essai sur les pleurésies para-pneumoniques*, Paris, 1896.

de Maragliano, déjà citées, mais encore sur des preuves anatomo-pathologiques.

En effet, nous avons vu, un peu plus haut, que dans les deux autopsies du professeur Devic, on a trouvé de la pleurésie diaphragmatique dans la première, et de la pleurésie diaphragmatique avec, en plus, de la pleurésie médiastine dans la seconde.

Cliniquement enfin, la pleurésie diaphragmatique a été maintes fois diagnostiquée, au cours des pneumonies s'accompagnant de hoquet, comme le montrent les cas rapportés dans la thèse d'Assailly.

Quant à la valeur pronostique du hoquet dans la pneumonie, il est certain que son apparition ne comporte pas une signification particulièrement grave. Sans doute, par sa continuité, par les vomissements, les douleurs et l'insomnie qu'il provoque, le hoquet peut devenir extrêmement pénible. Mais dangereux, il ne l'est pas. Et cette assertion ne nous surprendra aucunement, si l'on songe que les pleurésies (diaphragmatique ou médiastine), dont le hoquet est symptomatique, sont des complications inflammatoires para ou méta-pneumoniques, dues au pneumocoque (1). Or tous les auteurs insistent sur la bénignité relative des pleurésies à pneumocoques.

C. — La pleurésie et la pneumonie ne sont pas les seules affections de l'appareil respiratoire où l'on rencontre le hoquet. Toutes les autres lésions des voies respiratoires peuvent en être cause. Archintre

1. Delezenne. Thèse de Lille, 1892.

l'a signalé à la suite de l'inhalation de poussières ou de *gaz irritants* : Stockton (1) dans les maladies des *fosses nasales*. Enfin, on a pu l'observer dans les *laryngites*, la *coqueluche*, les *corps étrangers* des bronches. M. Lamy l'a observé dans la *tuberculose pulmonaire*. (Soc. méd. des Hôpitaux, séance du 18 janvier 1907.)

§ 2. — *Hoquet dans les compressions médiastines*

Le hoquet a été mentionné très fréquemment, mais sans caractères séméiologiques particuliers, au cours de toutes les tumeurs du médiastin. Le long trajet du phrénique dans le thorax, ses connexions avec des organes fréquemment malades (ganglions, aorte, etc.) expliquent facilement que le hoquet soit un des éléments du syndrome médiastinal.

Moreau (2) l'a, en effet, signalé dans l'adénopathie trachéo-bronchique, Eichhorst (3) dans les anévrismes aortiques et les tumeurs malignes du médiastin.

§ 3. — *Hoquet dans la péricardite*

Le hoquet est, on le sait, un symptôme banal de la péricardite. Tous les auteurs classiques le signalent. Sa physionomie clinique se raproche de celle du hoquet de la pleurésie médastine, par les douleurs

1. Stockton. *In Lyon médical*, 1893, t. II, p. 556.
2. Moreau. Thèse de Paris, 1892.
3. Eichhorst. *Traité de Path int. et thérap.*, Paris, 1889

qu'il provoque. Il s'agit, vraisemblablement, non seulement d'une compression du nerf phrénique par un épanchement abondant, mais d'une véritable, névrite. Et, de fait, l'exploration du nerf phrénique au niveau des points classiques, (région cervicale, intervalle des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, bouton diaphragmatique, etc.), détermine une vive douleur.

CHAPITRE II

Hoquet dans les affections des organes abdominaux.

Ce chapitre comprendra cinq parties, consacrée chacune au hoquet, observé dans :

§ 1. — Maladies du foie;
§ 2. — Maladies de la rate ;
§ 3. — Maladies de l'apareil urinaire ;
§ 4. — Affections utérines ;
§ 5. — Maladies du péritoine ;

§ 1. — *Hoquet dans les maladies du foie*

Le hoquet a été signalé, à plusieurs reprises, dans les hépatites, dans la lithiase biliaire, et, surtout, au cours des accidents aigus de la colique hépatique.

Hippocrate en faisait un signe de très mauvais augure au cours des affections hépatiques : *In jecoris inflammatione, singultus malo est.* Les anciens médecins expliquaient l'existence du hoquet hépatique par les rapports anatomiques de voisinage entre

le foie et le diaphragme. Monneret, dans sa *Pathologie générale* (1), faisait intervenir l'action réflexe, la mise en jeu de l'excitabilité médullaire. Eloy (2) croirait plus volontiers à la production du hoquet par les dyspepsies hépatiques, si fréquentes dans les affections du foie.

Pour MM. Tripier et Paviot (3), il s'agirait bien souvent de péritonite sous-hépatique ; le hoquet serait donc, pour ces auteurs, un phénomène péritonéal.

§ 2. — *Hoquet dans les maladies de la rate.*

La splénomégalie est quelquefois cause de hoquet tenace, soit qu'il s'agisse d'une splénomégalie primitive, soit qu'il y ait hypertrophie splénique secondaire, cas de beaucoup le plus fréquent. Dans la thèse de Loquet (4) nous trouvons deux cas de hoquet dû au paludisme. Le premier de ces cas fut tellement grave, que le malade, pris de hoquet à l'église, fut ramené chez lui en danger d'asphyxie. Le sulfate de quinine eut vite raison de ce hoquet paludique.

C'est encore à l'hypertrophie splénique qu'on a attribué le hoquet observé dans la fièvre typoïde. Nous verrons plus loin que cette pathogénie n'est généralement pas admise.

1. Monneret. *Pathologie générale*, t. III, p. 417.
2. Eloy, *loc. cit.*
3. Cités par Bertier, *in Gaz. des Hôp.*, 8 juillet 1905.
4. Loquet. Thèse de Paris, 1865, p. 26.

Il est vraisemblable, comme le dit très bien Bertier, que dans tous ces cas le hoquet est dû à de la péri-splénite et à l'irritation diaphragmatique qui en résulte.

§ 3. — *Hoquet dans les affections génito-urinaires.*

Le hoquet est un symptôme vulgaire au cours des maladies des organes génito-urinaires. Depuis longtemps déjà, on l'a décrit dans les néphrites, les calculs vésicaux, les cystites, le cancer de la prostate, les abcès et les tubercules de cet organe (Eloy). Malgré sa fréquence, il serait exagéré d'en faire un symptôme constant des affections prostatiques. Bien que Loquet, dans sa thèse, affirme qu'il n'a pas fait défaut une seule fois, dans les dix cas de carcinome prostato-vésical qu'il a eu l'occasion d'observer (1).

OBSERVATION V

Ce même auteur cite des observations de hoquet incoercible au cours d'une tuberculose de la prostate chez un pottique (service de Desormeaux, à Necker) ; l'observation d'un autre malade (même service) atteint d'un abcès prostatique.

OBSERVATION VI

Une troisième enfin, accueillie dans le service de Civiale, également à Necker, chez un homme de soixante-cinq ans, atteint d'infiltration d'urine à la suite d'une uréthrotomie

1. Loquet, *loc. cit.*, p. 30.

pour rétrécissement. Ce qu'il y a de remarquable chez ce malade, c'est que le hoquet est revenu à trois reprises différentes, et que son intensité diminuait à chaque nouvelle reprise. La première fois, en effet, le hoquet avait duré huit jours, avait débuté la nuit et était tellement fort qu'il avait bientôt réveillé toute la salle ; les voisins le comparaient à l'aboiement d'un jeune chien. Ce hoquet revint un mois plus tard, durant trois jours seulement et déjà beaucoup plus faible. Enfin, après six jours de calme, le hoquet réapparaît, est à peine perceptible, dure deux jours et finit avec la vie du malade.

Quant à sa pathogénie, elle a été très diversement expliquée.

Van Swieten invoquait les rapports anatomiques et croyait à une irritation directe du diaphragme par le rein malade.

La théorie réflexe est infiniment plus vraisemblable, du moins pour ce qui a trait au hoquet dans les affections prostatiques et vésicales.

D'autre part, la théorie infectieuse ne doit pas être négligée. Ne voit-on pas souvent le hoquet succéder à un cathétérisme imparfaitement aseptique.

Loquet n'est peut-être pas très loin de cette dernière interprétation, lorsqu'il incrimine la réunion, dans une même salle, de beaucoup de malades atteints d'affections des voies génito-urinaires. Néanmoins, il se prononce en faveur de *l'urémie*.

Que l'urémie puisse être cause de hoquet, cela nous paraît indiscutable. Mais comme, dans les

deux cas où nous l'avons observé, le hoquet incoercible est apparu, non pas comme un épiphénomène au cours d'une urémie nettement caractérisée, mais comme un phénomène isolé, précurseur de la grande urémie, nous en reparlerons en traitant des cas où le hoquet domine le tableau symptomatique.

§ 4. — *Hoquet dans les affections utérines*

Très étendu autrefois, le domaine du hoquet utérin s'est considérablement rétréci. Car nous sommes loin du temps où l'utérus, siège de l'hystérie, était, pour Platon, puis pour Aretée et Hippocrate, un être animé, vagabond et capricieux, voyageant de l'hypogastre, vers le foie, la rate, l'estomac, la tête et le cou.....

On voit le hoquet dans les métrites, les salpingites, (Mercier, Eloy, Eichhorst). Il s'agit, en pareil cas, d'un réflexe utérin, et, peut-être, aussi, d'un certain degré d'inflammation péritonéale.

Quant au hoquet en rapport avec les menstrues. nous en parlerons dans la seconde partie du diagnostic différentiel.

§ 5. — *Hoquet dans les affections du péritoine*

Le hoquet est un symptôme banal au cours des péritonites, des péritonites généralisées surtout. On

peut même dire qu'il ne manque jamais dans ce cas ; mais il est en général assez tardif et toujours de mauvais augure.

Il n'en est pas de même dans les inflammations localisées et enkystées du péritoine. Il y est beaucoup plus rare. Cependant Stockton (1) l'a signalé dans l'abcès sous-phrénique. On le voit aussi, quelquefois, au cours des appendicites et après certaines opérations abdominales, sans que pour cela, le pronostic de la maladie ou de l'opération soit fatal.

---

1. Stockton, *loco citato*.

CHAPITRE III

Hoquet dans les affections du tube digestif

Ce chapitre sera divisé en trois parties et le hoquet sera étudié successivement dans les ;

§ 1. — Affections du pharynx et de l'œsophage ;

§ 2. — Affections de l'estomac ;

§ 3. — Affections de l'intestin.

§ 1. — *Hoquet dans les affections du pharynx et de l'œsophage*

Van Swieten a signalé la fréquence du hoquet dans les *aphtes* et insistait beaucoup sur la valeur diagnostique de ce symptôme. Il lui accordait, en outre, une valeur pronostique importante. Il déclare, en effet, que « le hoquet du commencement est de pire espèce, qu'il indique que l'intérieur est affecté de nombreuses excoriations qui, en remontant dans l'œsophage, viendront affecter les voies extérieures ». Au contraire, si le hoquet est tardif, il s'accorde avec Sydenham pour le déclarer « moins fâcheux », quand le médecin n'abuse pas de médications intempestives. (Eloy, *loco citato*.)

Ajoutons qu'aucun auteur moderne n'a confirmé le pessimisme du Van Swiéten.

Loquet cite un cas de hoquet symptomatique d'un *abcès du pharynx* (*Recueil périodique de la Société de Médecine*, t. XIII). Il explique ce hoquet par la pression de l'abcès communiquée au larynx, à travers l'œsophage, déterminant un spasme de la glotte.

Les *corps étrangers* de l'œsophage sont quelquefois en cause et Brachet (1) et Muller (2) l'ont vu succéder à la déglutition d'un bol alimentaire trop volumineux, s'arrêtant un instant à l'extrémité supérieure de l'œsophage.

On a encore signalé le hoquet dans les *rétrécissements de l'œsophage*.

Nous laissons de côté les rétrécissements spasmodiques (Barré) (3), car, ici, très souvent c'est l'hystérie qui est en cause.

Beaucoup plus intéressants sont les rétrécissements organiques.

Gubler et Béhier (cités par Eloy) ont rapporté des cas intéressants de hoquet rebelle au cours du cancer du cardia. Ce hoquet est surtout tenace dans les lésions œsophagiennes sous-diaphragmatiques. Aussi, l'existence de ce hoquet rebelle fournit-il quelques présomptions en faveur du siège de la sténose œsophagienne, presque toujours au voisinage du cardia.

1, Brachet, *loc. cit.*

2. Muller. *Manuel de physiologie.* trad. Jourdan, 1845.

3. Barré. *Union médicale,* mars 1899.

Nous trouvons encore des observations dans la thèse de Loquet (p. 15).

§ 2. — *Hoquet dans les affections de l'estomac*

Nous n'aurons en vue, ici, que les maladies de l'estomac connues, diagnostiquées, réservant l'étude des affections latentes à la seconde partie de notre diagnostic étiologique.

Dans les affections chroniques de l'estomac, dans le cancer, l'ulcère, dans l'hyperchlorhydrie, le hoquet est très tenace, revient, par crise, après les repas et compromet gravement l'alimentation du malade, déjà si précaire. Il est de nature réflexe, dû, sans doute, à l'irritation de la muqueuse ulcérée.

§ 3. — *Hoquet dans les affections intestinales*

Le hoquet de la dysentérie est le plus connu (Eloy) et dû à une irritation directe des terminaisons nerveuses au niveau des ulcérations intestinales. Si nous nous rappelons que le phrénique envoie des filets jusque dans la paroi intestinale, par l'intermédiaire du plexus diaphragmatique, nous voyons que la pathogénie de ce hoquet est facile à concevoir.

Nous aurons l'occasion, plus loin, de parler des hoquets dus à des parasites intestinaux.

CHAPITRE IV

Hoquet dans les maladies du système nerveux

Ce chapitre sera divisé en trois parties, traitant chacune du hoquet dans :

§ 1. — Les affections des nerfs périphériques.

§ 2. — Les affections médullaires.

§ 3. — Les affections encéphaliques (cerveau, protubérance et bulbe).

§ 1. — *Hoquet dans les affections des nerfs périphériques*

Piorry a eu l'occasion d'observer, chez une femme de trente-six ans, un hoquet persistant et d'une fréquence telle, que la malade avait à peine cinq ou six minutes de répit par heure ; cette femme était atteinte de *névralgie phrénique* (thèse Loquet, p. 48).

Dans une observation publiée par M. Huchard (1) le hoquet s'était montré au cours d'une *sciatique*.

Archintre l'a noté dans l'impression cutanée du *froid*.

---

1. Huchard. *Union médicale*, 1876, nº du 14 fév.

§ 2. — *Hoquet dans les affections de la moelle*

Nos recherches bibliographiques nous ont montré qu'on a rarement eu l'occasion de relever le hoquet incoercible au cours des *affections médullaires*.

Dans la thèse d'Archintre (1), nous trouvons cités les cas de Rhodius, Fernelius, Hoffmann, Segerus, Bachemayer, qui ont vu survenir un hoquet absolument rebelle à la suite d'une luxation des vertèbres cervicales.

Quant aux cas de hoquet observé au cours des affections médullaires non traumatiques, nous en en rencontrons un exemple typique — et unique — dans la belle observation de Daunic (2), que nous reproduisons plus bas. On y voit le hoquet apparaître comme un signe avant-coureur de l'ataxie locomotrice : pendant plus de dix ans, les « crises de hoquet incoercible » semblent avoir été le seul indice du tabes.

OBSERVATION VII

Georges X..., âgé de cinquante-quatre ans, est couché au n° 56 de la salle Saint-Sébastien, dans le service de M. le

---

1. Archintre. Thèse de Paris, 1876.

2. Daunic. Une cas de hoquet incoercible chez un tabétique. Effet d'inhibition par la compression du nerf phrénique. *Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, 1892, p. 201.

Dr Guilhem. Ce malade a de bons antécédents héréditaires ; jusqu'à l'âge de quarante ans, il a joui d'une parfaite santé ; pas d'alcoolisme, *pas de syphilis*. Toutes ses facultés sont intactes. il calcule même avec une rapidité surprenante et sa conversation dénote une intelligence supérieure à la moyenne ; aussi croyons que l'on peut avoir une entière confiance dans le récit qu'il nous fait de sa maladie. Il raconte que, depuis une dizaine d'années, il éprouve « des crises de hoquet ». Aucun traitement ne peut enrayer ces accès très douloureux, qui durent des heures entières, trois ou quatre heures parfois. En 1880, du mois d'avril au mois d'octobre, le malade ne cessa d'éprouver des crises d'une intensité plus grande que de coutume.

Ce hoquet resta pendant longtemps, plus de dix années, comme nous l'avons dit, le seul symptôme de l'ataxie. Enfin survinrent des troubles gastriques, des douleurs fulgurantes, de la difficulté dans la marche.

Devant ces nouveaux signes, les crises persistèrent ; le malade note, en outre, un certain degré d'accroissement de ses douleurs, car l'apparition du hoquet coïncidait avec des crises gastriques. C'est alors que le malade entra dans le service où il est depuis six mois.

A ce moment, on constata chez lui tous les signes de l'ataxie : démarche caractéristique, abolition des réflexes patellaires, signe d'Argyll-Robertson, insensibilité presque absolue, incoordination très accusée, se montrant déjà aux membres supérieurs. Notre malade est, en somme, dans la deuxième période du tabes.

Nous avons observé très fréquemment les crises de hoquet, elles surviennent sans cause appréciable, n'affectent aucun

rapport avec le moment des repas. D'une durée de trois heures environ, elles subissent, par instants, une accélération notable, sorte de paroxysme. Le malade souffre alors beaucoup ; sa respiration est entrecoupée, le hoquet se produisait de dix à douze fois dans une minute. Par moment, la douleur devient extrême, s'accompagne d'une angoisse telle que l'on redoutait une syncope.

Ces crises de hoquet ne sont pas sans présenter une certaine analogie avec les crises laryngées des tabétiques.

Et, en continuant le rapprochement du hoquet et des crises laryngées des tabétiques, connues, depuis les travaux de Charcot et Féréol, sous le nom d'*ictus laryngés*, Daunic serait tenté de désigner ce cas de hoquet sous la dénomination d'*ictus diaphragmatique ;* mais l'absence de chute et de perte de connaissance fait qu'il y renonce.

Notons que l'on a recherché, chez le malade de Daunic, toutes les causes capables de provoquer le hoquet. Or, on n'a trouvé chez lui aucune des causes communes des spasmes diaphragmatiques. Pas de sclérose œsophagienne ; pas d'affection gastrique ni intestinale ; et pas d'hépatite ou de pleurésie diaphragmatiques.

Seule, l'hystérie avait pu être invoquée pour expliquer ce hoquet incoercible, vu que l'on a signalé des cas d'association du tabes et de l'hystérie. Mais le malade a été interrogé avec le plus grand soin, et l'examen de ses antécédents héréditaires et per-

sonnels a eu un résultat négatif et l'examen de l'état actuel n'a révélé aucun des stigmates de la névrose.

Le hoquet apparaît donc, ici, comme un symptôme de la période préataxique du tabes.

Mais par quel mécanisme celui-ci peut-il provoquer le hoquet ? Est-ce par l'intermédiaire d'une névrite du phrénique, comme tend à le croire Daunic ? ou bien les lésions médullaires ou bulbaires peuvent-elles l'avoir produit directement ? Cette dernière hypothèse ne manque pas de vraisemblance, si l'on songe que les crises laryngées sont dues à une altération du bulbe, au niveau des noyaux des nerfs pneumogastrique et spinal (Féréol et de Jean), et si l'on accepte l'analogie que Daunic trouve entre les crises laryngées et les crises de hoquet.

§ 3. — *Hoquet au cours des affections encéphaliques (Cerveau, protubérance et bulbe.)*

Dans les affections qui nous occupent, le hoquet était très peu connu des anciens. Au contraire, les auteurs contemporains ont signalé le hoquet incoercible, maintes fois, au cours des *affections encéphaliques.*

En parlant du hoquet traumatique, nous rapporterons une observation de Short, où l'on verra le

hoquet succéder à un *traumatisme* sur la région mastoïdienne.

Dans un cas de Guibout (cité par Bertier. *Gaz. des Hôp.*, juillet 1905) le hoquet incoercible a été observé après une *hémorragie cérébrale* avec inondation ventriculaire. Ce hoquet fut enrayé par l'administration de 3 centigrammes de sulfate de strychnine.

A la séance du 18 janvier 1907 de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, MM. Lamy et Cléret ont présenté une pièce, où l'on pouvait voir un *tubercule de la protubérance* de la grosseur d'une noisette et un autre tubercule *du bulbe* un peu moins volumineux. Ce fut là une découverte d'autopsie, ces tubercules ne s'étant manifestés par aucun trouble nerveux pendant la vie. Le malade fut emporté par une poussée terminale très courte d méningite tubrculeuse. Voici, *in extenso*, cette intéressante observation :

OBSERVATION VIII

Malade âgé de quarante-trois ans, entré salle Saint-Raphaël, Hôtel-Dieu annexe le 26 octobre 1906.

Le malade était de bonne santé habituelle jusqu'à il y a quatre ans, époque à laquelle il fut atteint d'une pleurésie gauche non ponctionnée.

Depuis sa pleurésie, le malade se mit à tousser et à maigrir, symptômes qui s'accentuèrent il y a environ un an.

A l'entrée le malade apparaît amaigri et émacié.

Il tousse et crache beaucoup. Ses crachats sont purulents.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, submatité au sommet gauche en avant et en arrière. Submatité à la base droite.

A l'auscultation : gros râles humides. Ralentissement de la toux. Respiration caverneuse au sommet gauche. Au sommet droit nombreux râles humides.

A la base droite : frottements pleuraux et diminution du murmure vésiculaire.

Aucune autre lésion viscérale.

Le malade est donc un tuberculeux et sa tuberculose semble localisée à l'appareil pulmonaire.

Pas d'incident dans l'évolution de son affection.

Mais, environ quinze jours avant sa mort, le malade se plaint d'un hoquet persistant, extrêmement pénible, incoercible, hoquet ne s'expliquant par aucune lésion viscérale. Ce hoquet persista jusqu'aux derniers jours. Puis brusquement le malade fut pris d'agitation, de délire, de vomissements. Il tomba dans le coma, signe de Kernig. En résumé, il présenta des phénomènes typiques de méningite tuberculeuse qui entraînèrent la mort en deux jours.

Le malade meurt le 28 décembre.

A l'autopsie on note une tuberculose pulmonaire très étendue, correspondant aux signes donnés par l'auscultation.

Pas d'autres lésions viscérales.

Du côté de l'encéphale, on note une méningite tuberculeuse granulique récente, à granulations petites et grises, les plus grosses ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

Mais on trouve un gros tubercule développé aux dépens des méninges, du volume d'un petit pois, siégeant à la face postérieure de la partie inférieure du *pédoncule cérébelleux inférieur gauche*. Ce tubercule s'était creusé une cavité de

réception par refoulement des fibres du pédoncule. Par son extrémité interne et supérieure, il arrivait au contact du *plancher du quatrième ventricule* (aile grise).

Les coupes sériées du cerveau et du cervelet ne dénotent rien de particulier.

Les coupes de la protubérance, perpendiculaires à l'axe, mettent à nu un gros tubercule du volume d'une noisette, non caséifié, siégeant à l'union de la calotte et de l'étage inférieur de la protubérance.

Dans ce cas de tumeur de la protubérance, aucun phénomène ne permettait de soupçonner une lésion de ce genre, sauf, peut-être, le hoquet incoercible que le malade a présenté pendant les derniers jours de sa vie. Les auteurs ont donc cru intéressant de relever la topographie exacte de cette tumeur relativement grosse.

Au sujet de cette si instructive observation de MM. Lamy et Cléret, qu'il nous soit permis de faire quelques réserves pour ce qui concerne la pathogénie de ce hoquet incoercible. En effet, le hoquet a commencé quinze jours avant la mort et celle-ci a suivi de deux jours l'éclosion d'une méningite tuberculeuse.

Ne pourrait-on pas, dès lors, attribuer le hoquet, non pas aux tumeurs latentes du bulbe et de la protubérance, mais à la méningite concomitante? Il n'est pas impossible, en effet, il est même vraisemblable que cette dernière existait anatomiquement bien

avant qu'elle ne se soit manifestée cliniquement par les signes classiques des méningites.

Dans l'observation suivante, par contre, observation relatée par M. Lamy au cours de la même séance de la Société médicale des hôpitaux, le hoquet semble bien n'être imputable qu'à une tumeur de la protubérance. La voici :

OBSERVATION IX

Il s'agissait d'un individu qui entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Brissaud remplacé par M. Lamy (pendant les vacances). A son entrée, il présentait une paralysie faciale périphérique avec déviation très prononcée de la langue, puis mourut subitement au bout de quatre jours. Or, pendant ces quatre jours qui précédèrent la mort, le malade présenta un hoquet qui ne lui laissa de répit ni jour ni nuit et qui résista à tous les moyens. A l'autopsie, nous trouvâmes une tumeur très semblable à la précédente comme dimensions et comme siège, à cela près qu'elle plongeait plus bas dans la protubérance et intéressait les fibres efférentes du facial. Cette tumeur faisait corps avec le tissu nerveux ; elle me parut, à l'œil nu, ressembler à un gliome, mais il n'y eut point d'examen histologique.

Se basant sur ces deux cas et sur un troisième analogue, M. Lamy n'hésite pas à attribuer au hoquet un pronostic grave, lorsqu'il survient au cours d'un affection nerveuse ou au cours de la tuberculose.

Voici également, *in extenso*, une autre observation du hoquet incoercible présentée par MM. Gandy et Lévy-Valensi dans la séance du 25 janvier 1907 de la Société médicale des hôpitaux.

OBSERVATION X

L'intéressante communication de MM. Lamy et Cléret faite à la dernière séance, nous engage à dire quelques mots, d'un malade atteint de méningite tuberculeuse, que nous avons tout dernièrement observé, et qui, lui aussi, présenta comme symptôme dominant un hoquet persistant et rebelle.

Cet homme, âgé de quarante-trois ans, entre à Bichat le 13 décembre 1906. Le seul antécédent intéressant en l'espèce est une pleurésie séro-fibrineuse, soignée dans le même service, du 29 mai au 10 juillet 1906, et au cours de laquelle survint du délire alcoolique.

Depuis cette pleurésie, c'est-à-dire depuis cinq mois, cet individu n'a pu reprendre son travail ; il tousse et il a maigri.

L'épisode actuel a débuté, il y a huit ou dix jours par une céphalée continue. Il sort encore de chez lui, mais dans la rue, il a des absences et oublie son chemin. Trois jours avant son entrée apparaît un hoquet qui, désormais, ne va plus cesser.

C'est ce hoquet qui, pendant toute la durée du séjour du malade dans nos salles, du 13 au 19 décembre, est le symptôme le plus important. Cinq, six, huit fois par minute, envi-

ron, se produit une violente et brusque contraction spasmodique du diaphragme accompagnée du bruit glottique caractéristique, secouant toute la paroi abdominale et la partie inférieure du thorax, qui présentent pendant la seconde suivante quelques rapides oscillations d'amplitude décroissante. Dans l'intervalle de ces inspirations convulsives, les mouvements respiratoires sont à peu près suspendus, ou en tout cas très superficiels.

En dehors de ce hoquet, le tableau clinique est assez fruste pour que l'idée d'une méningite soit loin de s'imposer.

Les quelques petits vomissements observés le jour de l'entrée semblent liés uniquement aux violentes contractions diaphragmatiques. S'il n'y a, ni douleur au point diaphragmatique ou le long du phrénique, ni signes du côté du péricarde, de la plèvre ou du péritoine, les symptômes nerveux restent d'autre part, assez incomplets. Cependant le malade paraît absorbé, assez indifférent à ce qui l'entoure; il faut insister pour obtenir une réponse par « oui » ou par « non » aux questions qu'on lui pose ; on a peine à apprendre qu'il existe encore un peu de céphalée. A demi-couché sur le dos, il regarde dans le vide, et de temps à autre marmotte quelque phrase plus ou moins incompréhensible. Il y a eu, dans la nuit, un léger subdélire tranquille. Il existe une légère trémulation des membres supérieurs. La température est un peu élevée, le pouls fréquent, assez régulier.

Il n'y a par ailleurs, aucun trouble moteur, sensitif ou sensoriel. Pas de raideur de la nuque, aucun phénomène du côté de la face, des yeux, etc. Pas de photophobie; pupilles égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation, ventre souple, pas de constipation.

Le lendemain seulement, le signe de Kernig devient manifeste, la raie méningitique assez nette. La ponction lombaire, pratiquée le 16, fournit 10 centimètres cubes de liquide clair, à pression élevée, qui donne par centrifugation un culot blanchâtre ; l'examen cytologique montre de nombreux éléments cellulaires, lymphocytes et polynucléaires, en proportion à peu près équivalente.

Cependant, l'état psychique se modifie ; l'indifférence, accompagnée de divagation, de subdélire tranquille, devient une véritable torpeur, et le malade s'éteint dans le coma, le 19 décembre.

Il n'y a eu ni contractures (autres que celles révélées par la manœuvre de Kernig), ni convulsions, ni paralysies.

Seul le hoquet, plus ou moins fréquent, a persisté jour et nuit jusqu'à la fin, rebelle à toutes médications antispasmodiques et calmantes mises en œuvre.

Le hoquet a été jadis signalé par certains cliniciens comme étant l'un des nombreux symptômes qu'on peut voir au cours des méningites

Pourtant, aujourd'hui, au chapitre de la méningite tuberculeuse, les divers traités classiques omettent même de la mentionner.

Il était donc très opportun que MM. Lamy et Cléret, rappellent l'attention sur ce symptôme.

Il est évident, continuent MM. Gandi et Lévy-Valensi que ce spasme violent et rythmique du diaphragme qui constitue, avec le bruit glottique surajouté, le hoquet, est un trouble respiratoire de même genre que ceux bien connus qui sont d'une grande fréquence au cours des méningites.

A côté de la dissociation des mouvements thoraciques et

diaphragmatiques (J. Simon), des irrégularités diverses du rythme respiratoire : pauses, respitation impérieuse ; polypnée, rythme de Cheyne-Stokes, le hoquet pourrait être considéré comme une sorte d'arytmie respiratoire rythmée : inspiration convulsive et bruyante unique, séparée de la suivante par une phase de respirations assez superficielles, et se reproduisant à intervalles assez réguliers.

Quoi qu'il en soit, ce qui nous paraît intéressant, c'est de remarquer, dans un cas comme dans le nôtre, *la prédominance de ce symptôme dans le tableau clinique*. En dehors de la céphalée assez légère et de quelques troubles cérébraux dont l'intensité était assez médiocre, on peut dire qu'avant l'apparition du signe de Kernig, le hoquet était le seul symptôme bien net présenté par notre malade. Nous ne croyons pas cependant, malgré la prééminence remarquable de ce symptôme, qu'il y ait lieu d'accroître encore la multiplicité des formes cliniques de la méningite tuberculeuse déjà admises (forme éclamptique, hémiplégique, aphasique, apoplectique, comateuse, délirante, somnolente, tétanique, choréo-athétosique, douloureuse, etc.) et de parler ici, par analogie, d'une forme singultueuse.

Tout comme les autres troubles respiratoires, que nous rappelions plus haut, le hoquet de la méningite tuberculeuse, d'origine centrale, est dû vraisemblablement à une excitation anormale des centres respiratoires bulbaires (plutôt qu'à une irritation directe des centres des phréniques), liée à une localisation basilaire péribulbaire. En l'absence d'autopsie dans notre cas particulier, nous ne pouvons sur ce point émettre qu'une hypothèse que nous paraissent autori-

ser des constatations anatomiques aussi précises que celles relevées dans le cas de MM. Lamy et Cléret.

OBSERVATION XI

Tout récemment, enfin, MM. Sergent et Grenet (1) ont présenté un cas *d'anévrisme cérébelleux* latent n'ayant présenté comme symptômes, *durant tout un mois*, que : de la douleur occipitale, de la raideur de la nuque, de l'obnubilation intellectuelle et du hoquet incoercible. Tous ces symptômes revenaient par crises. La mort chez ce malade est survenue brusquement à la suite d'une ponction lombaire et l'autopsie révéla l'existence d'un anévrisme rompu et d'un autre encore intact, siégeant tous les deux sur le trajet de l'artère cérébelleuse inférieure gauche.

1. Sergent et Grenet. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 5 juin 1908.

CHAPITRE V

Hoquet dans les maladies générales

Ce chapitre sera divisé en trois parties, traitant chacune du hoquet dans :

§ 1. — Les infections ;

§ 2. — Les intoxications ;

§ 3. — Les états cachectiques auxquels nous rattacherons le hoquet agonique et le hoquet que l'on observe après les grandes hémorragies.

§ 1. — *Hoquet au cours des infections*

Le hoquet incoercible a été rencontré dans bien des maladies infectieuses.

A. — Mais, c'est avant tout dans la *fièvre typhoïde* que le hoquet incoercible a été le plus étudié. Mentionné par Brachet (1), Loquet (2), Mercier (3), Eloy (4), Larcher (5), Monneret (6), le hoquet de la

1. Brachet. *Physiol. élément. de l'homme*, 1855, t. II, p. 233,
2. Loquet. Thèse de Paris. *Du hoquet comme sympt. dans les mal. et son traitement*, 1865.
3. Mercier. Th. de Paris, 1880.
4. Eloy. *Loco citato.*
5. Larcher. *Dict. de Méd. et de Chir. prat.* art. Hoquet.
6. Monneret. *Traité de Path. générale*, t. III, p. 417.

fièvre typhoïde a été particulièrement décrit par Nosereau (1), Camerer (2), Daureillan (3), et Bomchis (4).

Signalons, également, les leçons de Graves (5), où nous trouvons relatée l'observation d'un homme d'une grande corpulence, chez lequel le hoquet dura dix-heures sur vingt-quatre et cela pendant plusieurs jours.

Quant à Murchisson (6), il parle bien du hoquet de la fièvre typhoïde, mais il n'a en vue que les cas graves où le hoquet prolongé fait partie du tableau terminal, au même titre que les mouvements spasmodiques, les soubresauts, les contractions de la bouche, la carphologie.

Le hoquet ne se montre jamais au début de la fièvre typhoïde. Loin d'être un phénomène prodromique, il fait son apparition vers la fin du second septénaire ou au cours du troisième. Dans une observation de Bomchis, il ne s'est même montré que le vingt-deuxième jour.

Il est particulièrement fréquent au cours de certaines épidémies (celle d'Islande 1817-1827, par exemple).

Dès son apparition il peut être continu ou inter-

---

1. Nosereau. *Journal de Méd.*, 1785.

2. Camerer. *Gaz. méd. de Paris*, 1850, 3e série, t. V. p. 627.

3. Daureillan. Thèse de Bordeaux, 1895.

4. Bomchis. Thèse de Paris, 1901.

5. Graves. *Leçons de clinique médicale*. Trad. Jaccoud, 1863, t. II, p. 176.

6. Murchisson. *Traité de la fièvre typhoïde*, 1878.

mittent. Il procède souvent par accès, tantôt espacés, tantôt fréquents, quelquefois subintrants. Chez un malade de Bomchis, le hoquet était continu d'emblée. Comme il y avait, en outre, des vomissements verdâtres, on chercha les signes d'une perforation typhique. En l'absence de ceux-ci, on pensa à une pleurésie diaphragmatique, dont on ne trouva, d'ailleurs, aucun autre symptôme.

Dans d'autres cas, au contraire, on a trouvé, associée au hoquet, une douleur plus ou moins vide sur le trajet du nerf phrénique. De même, on a pu noter, comme phénomènes concomitants, des borborygmes, des vomissements, des soupirs, des douleurs de tête, etc.

La connaissance du hoquet typhique est importante, car son diagnostic étiologique commande le pronostic. Au cours de la fièvre typhoïde, en effet, l'apparition d'un hoquet, vers le troisième septénaire, indique le plus souvent, selon la remarque du professeur Dieulafoy (1), que le péritoine est en jeu.

Mais si le hoquet est isolé, s'il n'y a point d'autres signes d'infection péritonéale, il faudra, évidemment, conclure à un hoquet simple, nullement en rapport avec une perforation typhique, ou avec une appendicite paratyphique.

---

1. Dieulafoy. *Man. de Path. int.*, 13e éd. Paris, 1901, 4e vol. p. 119.

Mais, alors, comment expliquer la pathogénie, et par conséquent, la valeur séméiologique du hoquet simple, non péritonéal de la fièvre typhoïde ?

Maissiat incriminait le météorisme abdominal. Loquet, dans sa thèse, l'attribue à l'hypertrophie splénique. Dauveillan (thèse de Bordeaux, 1895) se demande si l'on ne pourrait pas l'expliquer par les ulcérations œsophagiennes, que Louis a quelquefois rencontrées au cours de la dothiénentérie. Hansa et Henning, Fink (cités par Bomchis) ont fait intervenir l'action irritante de la bile sur la muqueuse duodéno-pylorique.

On tend actuellement à rapprocher le hoquet de la fièvre typhoïde des hoquets toxiques. Le hoquet simple de la fièvre typhoïde, non symptomatique d'une inflammation péritonéale, serait dû à l'action sur les centres bulbaires, des toxines typhiques bien connues depuis les recherches de Sanarelli et, surtout, elles de Chantemesse et Courtade (Congrès international d'Hygiène de Madrid, 1898).

Quelle est la valeur pronostique du hoquet simple incoercible de la fièvre typhoïde ? Les anciens en faisaient un symptôme de forme ataxique à peu près fatal. Chomel (1) admet que c'est un signe fâcheux, seulement s'il est tardif, et si les symptômes généraux s'aggravent en même temps. Autrement, le hoquet n'est grave que s'il est trop intense, car il traduit, dans ce cas, une intoxication profonde de l'orga-

1. Chomel, *Traité de Path. générale*, p. 526.

nisme entier. De plus en plus, dans ces conditions, le hoquet devient lui-même cause d'insomnie et de vomissements, et augmente, ainsi, la dépression de typhique, déjà grande sans cela.

B. — Le hoquet dans la *scarlatine* a été signalé par Chambard-Hénon (1) (de Lyon) qui l'a observé chez un adulte atteint d'oligurie et d'insuffisance rénale relative. De sorte que, somme toute, ce hoquet nous semble être bien plus d'ordre toxémique, urémique.

C. — Au cours du *zona*, le hoquet incoercible a été signalé par M. Variot (2), dont nous allons résumer l'observation :

OBSERVATION XII

Un enfant, présentant du *zona,* fut atteint, trois jours après l'apparition des éléments éruptifs, d'un hoquet qui a duré quarante-huit heures. Mais sa suspension était complète pendant le sommeil.

D. — A plusieurs reprises, nous voyons le hoquet incoercible signalé au cours du *paludisme*.

Dans certains cas, il précède l'accès fébrile, dans beaucoup d'autres, au contraire, il lui succède. Quelquefois, enfin, il se produit chez des paludéens, en dehors de tout accès fébrile récent.

Sa pathogénie est comparable à celle du hoquet

1. Chambard-Hénon. *Lyon médical*, 1890, t. III, p. 50.
2. Société de Pédiâtrie, séance du 19 novembre 1907.

typhique. Pour certains c'est un phénomène dû à l'intoxication bulbaire, pour beaucoup d'autres le hoquet est dû à la splénomégalie.

OBSERVATION XIII

Cloche (1) signale le cas d'un soldat qui, à la suite *d'une fièvre tierce*, fut affligé d'un hoquet qui dura *huit mois* et qui s'accompagnait, dans l'hypochondre gauche, d'une douleur s'exaspérant à la pression. Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 1 gr. 90 par jour et la guérison fut complète après l'emploi de la même médication pendant trois jours.

E. — Le hoquet incoercible, enfin, a été signalé dans le *scorbut*, la *fièvre jaune*. Vigla et Bouley, Trousseau, l'ont vu associé à de l'épigastralgie dans le *choléra*, à la période algide surtout, plus rarement à la période de réaction.

Enfin Trousseau et Jaccoud l'ont vu dans la *rage*.

§ 2. — *Hoquet dans les intoxications*

Le hoquet incoercible a été signalé surtout dans les intoxications plombique, tabagique et alcoolique.

A. — Tanquerel des Planches (2) l'a noté, le premier, dans les *coliques de plomb* et ce *hoquet des*

1. Cloche. *Gaz. méd. de Paris*, 1835.
2. Tanquerel des Planches. *Traité des Maladies du plomb* Paris, 1839.

saturnins est attribué, par Eloy, à l'action spasmodique du poison plombique.

Bernard (1) ne l'a rencontré que deux fois et il lui conteste toute valeur diagnostique.

B. — Le *hoquet tabagique* est assez commun et M. Huchard l'explique par le spasme diaphragmatique causé par la nicotine.

C. — Tout le monde, enfin, connaît le *hoquet de l'ivresse*. Dans son *Démocrite*, Regnard en parle en termes galants :

« N'êtes-vous point de ceux...

A qui beaucoup de vin fait sortir la tendresse,
Qui vont en cet état, aux pieds de leur maîtresse,
Exhaler les transports de leurs brûlants désirs,
Et *pousser des hoquets en guise de soupirs ?*

Quant à sa pathogénie, il est certain qu'elle est à la fois bulbaire et gastrique.

§ 3. — *Hoquet dans les états cachectiques*

A. — Au cours de la *cachexie*, le hoquet incoercible a été noté par Eichhorst et Mercier. Le premier l'a signalé dans la cachexie cancéreuse, le second dans la cachexie paludéenne.

B. — A l'étude du hoquet cachectique nous rattacherons deux autres variétés de hoquet : celui que

1. Bernard. *Etude clinique de la colique de plomb*. Paris, 1901.

l'on voit à la suite d'abondantes hémorragies et le hoquet agonique.

Dans les hémorragies, il survient comme un phénomène prémonitoire de la syncope.

Plusieurs autres ont signalé des cas de hoquet persistant, à la suite de saignées abondantes, de même que l'on a vu le hoquet survenir, après la délivrance (deux cas publiés dans la thèse de Viglessi et cités par Mercier).

Hippocrate avait déjà remarqué ces faits.

Quant à sa pathogénie, il est dû très vraisemblablement à l'excitation asphyxique des centres bulbaires.

C. — Le hoquet agonique s'observe d'une façon remarquable surtout dans la période agonique des hémorragies abondantes.

Debout (1) l'a naguère étudié avec soin et d'après la description qu'il en donne, « ce phénomène consiste dans deux inspirations précipitées et fortes suivies d'une expiration longue et faible ». Il y a ainsi une succession d'inspirations doubles et brusques suivies d'une expiration prolongée.

Son début précède la mort d'un petit nombre d'heures.

Comme le fait remarquer Debout, ce hoquet diffère du hoquet habituel. Il est plus faible, plus superficiel : « ce mouvement convulsif que l'on connaît sous le nom de hoquet de la mort est une modi-

1. Cité par Eloy, *loco citato*.

fication du hoquet ». Il coexiste avec le râle trachéal (Debove et Achard).

Quant à sa pathogénie, il est vraisemblable, comme le dit Eloy, qu'il est dû à l'anémie des centres nerveux par ischémie.

II. — LE HOQUET EST LE SYMPTOME DOMINANT

Dans cette seconde partie du diagnostic étiologique, nous essaierons de rechercher la cause du hoquet, alors que celui-ci se présente au médecin comme un phénomène isolé.

Quelle division allons-nous adopter ? Quelle marche suivrons-nous dans la recherche de l'affection causale ?

Il nous a semblé que l'âge du malade pouvait être un premier élément de classification. Aussi ferons-nous deux chapitres.

Dans le *premier chapitre* nous étudierons le hoquet incoercible, phénomène morbide isolé chez l'adulte et chez l'enfant.

Dans le *second chapitre* nous aurons en vue le hoquet chez le nourrisson.

CHAPITRE PREMIER

Adulte et Enfant

Lorsque chez l'adulte nous voyons un hoquet incoercible isolé, ayant l'apparence d'un phénomène primitif ou essentiel, la première chose à faire c'est ceci :

Se rappeler que toutes les maladies organiques peuvent être latentes ; donc rechercher avec patience d'autres symptômes morbides, moins évidents que le hoquet, mais existant néanmoins ; passer en revue toutes les affections organiques exposées dans la première partie de ce diagnostic étiologique et rechercher si le malade est atteint de l'une d'entre elles. C'est ainsi que l'on aura, quelquefois, l'occasion de découvrir une pleurésie diaphragmatique latente, par exemple, et le diagnostic étiologique sera fait.

Mais supposons que cette recherche soit restée négative. Allons-nous conclure que nous nous trouvons en présence d'un hoquet idiopathique ?

Non.

Il existe des états morbides dont les symptômes subjectifs sont peu accusés ou absents, états morbides qui peuvent s'accompagner de hoquet incoercible

et qu'un examen objectif approfondi pourra seul déceler.

Ces états morbides nous les rangerons en cinq groupes :

§ 1. — Affections de l'appareil digestif.

§ 2. — Auto-intoxications.

§ 3. — Menstruation et grossesse.

§ 4. — Névroses.

§ 5. — Simulation.

§ 1. — *Hoquet incoercible isolé d'origine digestive*

A. — L'estomac est très souvent le point de départ du réflexe qui détermine le hoquet. Celui-ci, une fois déclanché, peut continuer à se produire, à se répéter pendant fort longtemps, alors même que le trouble gastrique, cause initiale, a disparu. Le hoquet existant alors seul, on ne cherche pas à trouver une relation entre lui et la gastropathie préexistante et on prononce le diagnostic de « hoquet essentiel ».

Mais quels sont ces troubles gastriques capables de produire le hoquet ?

Ils sont multiples et variés. On peut les ranger en deux groupes :

a). La *distension rapide* et excessive de l'estomac est souvent cause de hoquet. On le verra donc après l'ingestion excessive d'eaux gazeuses ou d'aliments solides, après les libations copieuses ou la réplétion immodérée de l'estomac *a ventriculo pleno*.

Voici l'auto-observation du Dr Viaud d'Agon, Coutanville (Manche) (1).

OBSERVATION XIV

Je fus pris de hoquet, il y a quelques jours, à la suite d'un repas *pris à la hâte* et d'une digestion pénible qui s'en suivit.

« Pendant trois jours j'en souffris à ce point, que j'en perdis le sommeil ». Des tractions de la langue l'en guérirent.

Voici une autre observation de M. Lépine publiée dans les *Mémoires de Biologie*. Séance du 8 février 1896.

OBSERVATION XV

« La semaine dernière une jeune fille s'est présentée à ma clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour un hoquet qui durait sans interruption depuis quatre jours entiers. Je n'ai pas compté exactement le nombre de secousses par minute ; je l'évalue à une trentaine. Cette jeune fille *n'était pas hystérique*. Les commémoratifs m'ayant fait admettre qu'un *trouble de l'estomac* avait dû contribuer à la production du hoquet, je lui dis de montrer la langue ; ce qu'elle fit et la tint tirée plus d'une minute... Or, je ne fus pas peu surpris de remarquer que pendant ce temps le hoquet avait cessé.

1. Laborde. *In Tribune médicale*, 1894.

Ce fut pour moi un trait de lumière, car l'influence possible du tiraillement de la base de la langue sur le centre respiratoire me vint aussitôt à l'esprit ».

b) Mais la plénitude de l'estomac n'est pas toujours en cause. Il existe, au contraire, plus rarement, il est vrai, des hoquets *a ventriculo vacuo*. Et il est curieux de constater que deux états aussi opposés aboutissent au même effet. Hippocrate l'avait d'ailleurs déjà remarqué : « Convulsio fit aut a repletione, aut ab evacuatione, sic etiam singultus ».

Mais la vacuité seule ne suffit pas pour produire le hoquet. Il faut l'intervention d'une cause minime : ingestion à jeun de liqueurs fortes ou de certains médicaments (vomitifs).

La pathogénie de ces deux variétés de hoquet est un peu différente.

Le hoquet *a ventriculo pleno* est d'ordre plutôt mécanique. Il précède les vomissements (Viglessi) qui déchargent l'estomac ; Loquet les appelle les « auxiliaires des vomissements ».

Dans le second cas (hoquet *a ventriculo vacuo*) le réflexe est plus évident : le hoquet est dû à l'irritation de la muqueuse gastrique nue par des substances excitantes

B. — Le hoquet s'observe souvent dans les *lésions intestinales*. Nous avons déjà envisagé celles qui sont cliniquement faciles à diagnostiquer. Mais il en existe d'autres que l'on ne peut que soupçonner. Tel est le cas du *hoquet vermineux*.

OBSERVATION XVI

Cavasse (1) rapporte l'histoire d'un enfant qui, pendant plusieurs mois fut affecté d'un hoquet violent. On lui administra, un jour, du calomel ; il expulsa tout un paquet de lombrics et guérit définitivement.

§ 2. — *Hoquet incoercible isolé, dans les auto-intoxications*

Nous ne nous occuperons, ici, que d'une seule auto-intoxication : celle de l'*urémie*.

Le hoquet de la grossesse, qui relève de l'auto-intoxication gravidique, sera étudié plus loin.

Si nous avons classé le hoquet de l'urémie dans le groupe des hoquets « phénomène dominant isolé », c'est parce que dans les deux observations où nous le trouvons, le hoquet s'est montré comme un symptôme précoce, avant-coureur de la grande crise d'urémie.

Nous avons déjà relaté, au commencement de ce travail, l'observation de notre malheureux oncle.

Voici une observation très analogue que nous devons à l'obligeance du notre bon ami M. Stern, interne des hôpitaux :

---

1. Cavasse, *Gazette des Hôpitaux*, 1867.

OBSERVATION XVII

« Je fus appelé le 16 novembre 1906 auprès de M. C..., cultivateur à la Ferté-Milon, où je faisais un remplacement de médecin, pour un hoquet qui durait depuis trente-six heures. Le malade, un homme encore robuste, âgé de cinquante-six ans, était secoué, en effet, d'un très violent hoquet qui se répétait environ douze fois par minute. Ce hoquet n'était pas douloureux, mais il empêchait absolument le sommeil et gênait l'alimentation : aussitôt après avoir ingéré quelques aliments, le malade les rendait. Ces vomissements ne calmaient ni n'aggravaient le spasme diaphragmatique. Je cherchai les causes de ce phénomène. Je ne trouvai presque rien : ni pleurésie ni péricardite, ni péritonite. Le phrénique n'était point douloureux. Les seuls signes objectifs furent : quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons et un léger nuage d'albumine dans les urines. Pas de bruit de galop. La tension artérielle n'a pas été prise, mais la temporale était dure et sinueuse, les radiales en tuyaux de pipe. J'interrogeai alors le malade et je lui trouvai presqu'au complet, les petits signes du Brightisme : cryesthésie, doigt mort, polyurie, etc.

Je lui donnai de l'eau chloroformée qui fut rejetée aussitôt. Je prescrivis alors des cataplasmes laudanisés sur l'épigastre et fis la compression digitale des phréniques entre les deux chefs inférieurs des sterno-cléido-mastoïdiens. Rien n'y fit. Aussi, deux jours plus tard, je pratiquai une saignée de 500 grammes environ. Le hoquet persista encore, tout aussi violent qu'au début, pendant dix-huit heures environ, puis disparut. Un mois plus tard j'appris que le malade était

mort avec tous les symptômes de la grande urémie à forme gastro-intestinale, après avoir encore présenté du hoquet, onze jours avant sa mort, pendant six jours, On n'a pas fait l'autopsie.

La pathogénie du hoquet urémique paraît facile à concevoir. On sait, comme l'ont montré Landois et Wagner, que le vomissement urémique est souvent d'origine bulbaire, comme la dyspnée. Il est très probable qu'il en est de même du hoquet.

§ 3. — *Hoquet au cours de la grossesse et des troubles menstruels*

1. — Le hoquet de la *grossesse* a été signalé par plusieurs auteurs.

Eloy l'attribue au trouble mécanique de la respiration par la réplétion de la cavité abdominale.

Il semble plus rationnel d'incriminer l'auto-intoxication gravidique, et d'en faire un phénomène de même nature que les vomissements incoercibles.

Loquet en rapporte deux cas. Voici, *in extenso*, l'observation de Mercier, prise dans le service de Gombault à Beaujon. (Thèse, Paris, 1880.)

OBSERVATION XVIII

Une jeune fille de vingt ans, d'une constitution robuste n'ayant jamais été malade antérieurement, entre à l'hôpital

le 17 avril 1880, pour un hoquet qui durait depuis deux mois. Elle était, en même temps, *enceinte* d'un mois et demi.

Dès le début, pendant une période de quinze jours, les rémissions étaient assez longues et assez fréquentes, les accès, survenant principalement après les repas, ne se répétaient pas plus de deux ou trois fois dans le courant de la journée, le spasme convulsif durant environ une heure chaque fois.

Au commencement du mois de mai, les accès étaient devenus plus longs et plus rapprochés et s'accompagnaient fréquemment de vomissements, dans lesquels étaient rejetées toutes les matières alimentaires ingérées. Il se produisait alors une sorte de diminution dans l'intensité des manifestations convulsives qui reprenaient leur violence première, à l'occasion d'un nouveau repas.

La douleur extrêmement vive au creux épigastrique, tantôt irradiait dans la région lombaire, tantôt demeurait confinée à son lieu d'origine.

La santé générale de la malade, qui ne pouvait plus prendre d'aliments, s'altérait de jour en jour, la face était grippée et cyanosée, le pouls, petit, avait une fréquence extrême. Malgré cet état grave, on ne peut cependant constater la présence d'aucune lésion organique.

C'est en vain que l'on employa les médications les plus variées... La maladie, après avoir suivi une marche ascendante, amena la femme jusqu'à la fin de juillet, époque à laquelle elle fit une fausse couche et succomba quelques heures après.

Malheureusement, fait remarquer l'auteur de cette observation, l'autopsie n'a pas pu être faite. Et

on peut se demander dès lors, si ce cas de hoquet incoercible, est imputable purement et simplement, à l'auto-intoxication gravidique, ou bien s'il n'y avait pas, enfouie dans la profondeur de l'organisme, quelque cause matérielle ayant irrité le nerf phrénique, et ayant échappé aux investigations cliniques.

B. — Voyons, maintenant les cas de hoquet survenu au cours de troubles menstruels.

Les connexions du hoquet avec la *menstruation* sont intéressantes à connaître.

a) On connait bien des cas où la *suppression des règles* amena de violents accès de hoquet.

OBSERVATION XIX

Gamberini (1) rapporte le cas d'une jeune fille de vingt-six ans, chez laquelle les menstrues cessèrent de se montrer, à la suite d'une émotion morale vive. En même temps survint un hoquet violent, se produisant d'une manière intermittente et s'accompagnant d'une douleur extrêmement vive au niveau des insertions du diaphragme, et de cris tellement intenses qu'ils ressemblaient à de véritables hurlements.

Mercier cite un cas analogue, où le hoquet ne disparut qu'avec le retour des règles.

Staime, de Tours, cite un cas identique.

a) Le hoquet qui se montre chez les jeunes

---

1. Gamberini. *Gaz. méd. de Paris*, 2e série, t. VI, p. 412, 1838.

filles de douze à quinze ans, non encore réglées, est quelquefois l'*indice de l'établissement de la menstruation.*

OBSERVATION XX

Archintre (thèse de Paris, 1876), rapporte le cas d'une jeune fille de douze ans et demi, qui était sujette à des accès de hoquet, survenant généralement à la suite de contrariétés. La médication antispasmodique fit cesser pour un temps ces accès, sans empêcher la manifestation nouvelle du phénomène, qui ne disparut complètement qu'en même temps que se montrèrent les premières règles.

OBSERVATION XXI

Mercier (thèse, Paris, 1880) a été témoin d'un fait semblable chez une petite fille de treize ans. Cette enfant, d'une constitution robuste était tourmentée de hoquet survenant de temps en temps sous l'influence de la cause la plus légère. Ce hoquet, contre lequel on employait la série des petits moyens connus de tous, se prolongeait parfois pendant plusieurs heures. Le hoquet revenait ainsi par accès, durant deux mois environ, et cessa de lui-même pour ne plus reparaître avec l'établissement de la menstruation;

c) Très souvent on trouve, associées chez la même malade, la dysménorrhée et l'hystérie. Il est bien difficile, en pareil cas, de faire la part de l'une et de l'autre de ces deux causes.

OBSERVATION XXII

Viglessi (1) rapporte le cas d'une jeune fille qui, après avoir été atteinte de *dysménorrhée* et d'accidents hystériques, garda, une fois guérie, *pendant un an*, un hoquet, qui revenait régulièrement une heure après chaque repas, et qui, loin de la fatiguer, lui procurait un bien-être. Si, par quelque perturbation, on venait à entraver l'évolution de ce phénomène devenu physiologique, elle éprouvait une oppression et une anxiété extrêmes.

§ 3. — *Hoquet incoercible isolé, dû aux névroses*

Nous étudierons dans ce groupe, le hoquet qui est dû à l'hystérie évidente ou cachée :

A. — Le hoquet hystérique ;

B. — Le hoquet de cause psychique ;

C. — Le hoquet dans la chorée et dans l'épilepsie ;

D. — Le hoquet traumatique.

A. — En parlant du *hoquet hystérique*, il n'est peut-être pas inutile de nous demander si l'hystérie peut produire du hoquet.

Il y a quelques années on n'aurait pas hésité un seul instant pour répondre par l'affirmative.

Il n'en est pas de même aujourd'hui, après les récentes et fameuses discussions de la Société de neurologie. Autrefois, sans discussion, on admettait volontiers, que l'hystérie pouvait provoquer tous les

1. Thèse de Paris, 1845.

phénomènes pathologiques existants.... Aujourd'hui on l'a dépouillée d'une grande partie de son antique prestige et, dans l'esprit de bien des auteurs, la « grande simulatrice » est devenue bien petite....

Le hoquet, cependant, lui reste. Un des hommes qui a le plus contribué à restreindre le royaume de l'hystérie, M. Babinski, l'admet (communication orale), comme il admet tous les phénomènes que la volonté peut produire, et que la suggestion peut provoquer et faire disparaître.

Le *hoquet hystérique*, complètement ignoré des anciens, et absent dans les livres d'Hippocrate et de Galien, est signalé pour la première fois par Sydenham.

Puis, Boerhaave raconte la fameuse épidémie de l'hôpital de Harlem.

Ces études furent peu remarquées, puisque Hoffmann et Haller semblent les ignorer complètement.

Raulin, en 1788, cite des cas de hoquet hystérique qu'il met uniquement sur le compte de l'imagination. Et, ajoute-t-il, « les hommes eux-mêmes ne sont pas exempts de ces effets de l'imagination ».

Plus près de nous, Landouzy de Reims, en 1846, dans son traité complet de l'hystérie, cite une observation de Kennedy, d'une jeune fille de treize ans, atteinte d'accidents nerveux, qui débutaient par une aura accompagnée de hoquet.

En 1857, Brachet le signale également, mais il faut arriver à Briquet pour avoir, en 1859, une bonne description des principaux caractères du hoquet

hystérique. Il montre la fréquence de ce phénomène pénible et tenace chez les hystériques et, surtout, chez les hystériques gastralgiques.

Avec Lasègue, l'histoire clinique du hoquet hystérique gagne en précision : c'est lui, en effet, qui montre que le hoquet est ordinairement un phénomène d'hystérie locale, comme il l'avait déjà fait pour la toux hystérique.

Malgré tout, le hoquet hystérique préoccupe peu les auteurs qui étudient l'hystérie. On l'observe rarement, on l'étudie peu, on en parle à peine. On le voit mentionné par Huchard en 1883, dans le *Traité des Névroses* d'Axenfeld, qui déclare que les phénomènes de spasme et de paralysie hystériques peuvent atteindre, non seulement le larynx, mais aussi les muscles respiratoires et le diaphragme.

On retrouve, enfin, le hoquet hystérique sous la plume de Legrand du Saule dans son ouvrage *Les Hystériques* et dans la thèse de Lathoud (Paris, 1880).

Charcot, en 1886, coordonne les faits connus avant lui et met de l'ordre dans les spasmes respiratoires hystériques, en les divisant en inspiratoires et expiratoires : « les uns sont expiratoires et faits sur le modèle de la toux, les autres sont inspiratoires et faits sur le modèle du hoquet ».

Citons, enfin, les leçons cliniques du professeur Pitres, de 1891, la thèse de Moreau (Paris, 1892) et les pages que Gilles de la Tourette lui consacre dans son *Traité de l'Hystérie*.

L'étiologie du hoquet hystérique comprend des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Les *causes prédisposantes* se rapportent :

a) A l'*âge :* on l'observe, en effet, surtout chez des jeunes gens, entre quinze et trente ans ;

b) Au *sexe*, le hoquet hystérique se rencontrant chez les jeunes filles notamment, mais pas exclusivement, car les garçons n'en sont point exempts. Preuve, les observations de Charcot et aussi celle si démonstrative, que Moreau a recueillie en 1892 dans le service de M. Netter, à Cochin. La voici, rapidement résumée.

OBSERVATION XXIII

Jean-Baptiste P..., âgé de vingt-trois ans, peintre décorateur, entre le 8 avril 1892 à Cochin, salle Trousseau, lit n° 13.

Dans ses antécédents paternels, on retrouve de nombreux individus névropathes. Son père était très nerveux, et la sœur de celui-ci avait eu le hoquet pendant longtemps, et est atteinte actuellement d'une affection cérébrale.

Dans ses antécédents maternels on retrouve surtout la phtisie.

Antécédents personnels. — A six ans, convulsions. Depuis cette époque, crises de nerfs fréquentes.

Le sujet est tuberculeux depuis 1889.

Depuis le mois de février 1890, à la suite d'une peur, le malade est atteint d'un hoquet, qui ne le quitte ni le jour, ni la nuit. A cette époque, le hoquet était, au dire du malade, très fréquent, et se montrait environ à toutes les respirations.

Durée : trois ou quatre mois. C'est l'électricité qui l'aurait fait disparaître.

En 1891, nouvelle crise de hoquet, durant deux mois.

En mars 1892, le hoquet, subitement, revient. Actuellement le malade est en proie à ce hoquet, pendant toute la journée. Il se reproduit, en moyenne, à toutes les trois respirations. Le sommeil le fait disparaître. Anesthésie en bottes des membres inférieurs, jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Anesthésie des membres supérieurs y compris le moignon de l'épaule,

Sensibilité conservée au niveau du tronc. Réflexe pharyngien conservé, rétrécissement très prononcé du champ visuel, boule hystérique.

Le bromure de potassium, à la dose quotidienne de 4 grammes, reste sans effet.

La compression des phréniques, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, diminue la fréquence du hoquet, sans le faire disparaître.

Le 20 avril, on lui applique de la glace sur le creux épigastrique : le hoquet disparaît pendant cinq heures, pour réapparaître au bout de ce court laps de temps.

Le même traitement, continué tous les jours, aboutit à une réelle et franche amélioration.

Le 29 avril, le hoquet a complètement disparu et la place est, dès lors, supprimée.

En revanche, la toux du malade devient plus fréquente, son état général décline rapidement et le malade, sans que le hoquet réapparaisse, meurt dans le coma le 4 mai.

A l'autopsie. — Broncho-pneumonie double, pas de compression des phréniques, aucune lésion juxta-diaphragmatique, adhérence assez intime des méninges à la surface du cerveau sur les deux lobes frontaux.

c) Une troisième cause prédisposante est constituée par *l'hérédité*, dont le rôle paraît des plus importants. Non pas que l'on retrouve, chez les ascendants, du hoquet incoercible, mais diverses affections nerveuses parfaitement caractérisées.

Quant aux *causes déterminantes*, elles sont multiples et variables.

a). Tantôt, ce sont des troubles *dyspeptiques*, dont l'influence est prouvée par l'apparition du phénomène pendant la période digestive, la douleur gastralgique, les bons effets de traitements gastriques.

b). Les troubles de la *menstruation* peuvent également, chez les personnes prédisposées, être la cause déterminante du hoquet. Mais les connexions de la menstruation avec le hoquet et les observations qui y ont trait, font l'objet d'un chapitre à part.

c). *L'imitation* est une cause plus rare, mais combien impressionnante ! C'est elle qui peut nous expliquer les épidémies du couvent de Monterey (Espagne), en 1757, rapportée par Briquet et Calmeil, l'épidémie de Harlem observée par Boerhaave. Le cas suivant de Raulin est vraiment curieux :

Raulin en effet, en 1758, dans son *Traité des Affections vaporeuses du sexe*, raconte qu'une jeune fille

à l'Hôtel-Dieu, est prise subitement d'un hoquet violent et continuel au point que la malade ne peut trouver le moment de prendre quelques gorgées de bouillon pour se nourrir.

OBSERVATION XXIV

Le même auteur ajoute que trois jeunes filles, couchées dans la même salle que la première, présentèrent les mêmes symptômes, trois jours après l'entrée de cette malade. Après avoir eu le hoquet pendant un quart d'heure « elles étaient agitées de convulsions si violentes, qu'il fallait quatre hommes pour en tenir une ; le hoquet et les convulsions survenaient à toutes quatre en même temps ».

Intéressante aussi est l'observation de Sauvage (1).

OBSERVATION XXV

Trois jeunes filles reçoivent la visite d'une quatrième jeune fille, atteinte de hoquet incoercible. Peu de temps après, trois jours exactement, c'est, entre toutes quatre, un véritable concert de hoquets, impossible à juguler !

d) Le *traumatisme* a également été invoqué comme cause déterminante. Mais, en raison de l'importance acquise par la notion « traumatisme » dans ces dernières années, au point de vue accidents du travail

1. Cité par Bertier. *Gaz. des Hôpit.*, 8 juillet 1905.

surtout, il nous semble préférable de traiter cette question dans un chapitre spécial ;

e) Beaucoup plus souvent, c'est l'émotion qui déclanche l'accès de hoquet chez les hystériques. Ainsi, dans trois observations de Moreau (thèse, Paris, 1891), on voit que la cause occasionnelle, qui fait surgir le hoquet hystérique, c'est, chez l'une, la peur d'être écrasée dans la rue, chez l'autre, une réprimande sévère de son père, chez la troisième, un chagrin d'amour...

Le début du hoquet hystérique est brusque, soit spontané, soit consécutif à une cause provocatrice banale, le repos ou un chagrin, par exemple. Par rapport aux autres phénomènes de la grande névrose, le hoquet peut leur *succéder*, les *précéder* ou les *remplacer* : 1° Très souvent, en effet, le hoquet survient chez des personnes absolument vierges, jusqu'alors, de toute crise de nerfs.

OBSERVATION XXVI

Ainsi, dans l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. Rathery, il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans entrée à l'hopital Beaujon, dans le service de M. le professeur Debove, pour un hoquet bruyant et rauque qui durait depuis trois jours. L'examen le plus approfondi ne permit de découvrir, chez cette jeune fille, aucun stigmate hystérique. On essaya les traitements habituels, eau chloroformée, glace sur l'épigastre, etc. Tout échoua. Puis, une nuit, effrayée par les pas d'une infirmière qui traversait la salle, la jeune fille

cessa d'avoir le hoquet, et quitta définitivement l'hôpital huit jours après son entrée.

OBSERVATION XXVII

De même, dans l'observation suivante de Moreau, nous voyons une femme qui entre à Lourcine, tourmentée par un hoquet violent et continu qui l'empêche de prendre toute espèce de nourriture, lui supprime l'appétit et la plonge dans une fatigue extrême. Elle n'a pas de fièvre et l'auscultation ne relève aucune lésion des organes thoraciques.

D'autre part, *elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs* et, par l'hérédité, elle semble ne pas appartenir à la grande famille neuropathologique. C'est en pleine santé, à la force de l'âge, au milieu de ses rudes labeurs, que le mal vient la frapper. Aucun trouble sensitif, aucun stigmate hystérique. Mais, bientôt, le cortège symptomatique de la grande névrose ne tardera pas à s'installer et à confirmer ainsi la nature hystérique du hoquet.

2° D'autres fois le hoquet hystérique se manifeste chez des personnes, nettement, indiscutablement hystériques ;

3° Enfin, dans une troisième série de cas, le hoquet remplace les autres manifestations de l'hystérie, qui s'effacent complètement pendant toute la durée du spasme diaphragmatique.

Brachet (1) rapporte avoir vu, avec de Maquart, un

1. Brachet. *Physiologie élémentaire de l'homme*, 1855, t. II.

hoquet excessivement bruyant *remplacer pendant plus de deux ans*, des crises hystériques, auxquelles une dame était sujette.

La physionomie clinique du hoquet hystérique tranche assez nettement et se distingue d'une façon assez franche des autres hoquets symptomatiques.

Dans une forme commune, le hoquet est bruyant, à timbre rauque. Son intensité est toujours grande et le bruit produit imite quelquefois l'aboiement du chien. Il est remarquable par sa monotonie et par son caractère rythmique. De plus le nombre d'efforts inspiratoires bruyants qui produisent le hoquet reste absolument invariable, pendant diverses « quintes » qui se succèdent. Au bout de chaque « quinte », on note un temps d'arrêt assez long, correspondant à une expiration. Plusieurs quintes constituent un « accès ».

Le hoquet hystérique peut être continué, et ne laisser aucun repos aux malades, en les empêchant même de s'alimenter.

En général, le hoquet procède par accès, durant d'une minute à un quart d'heure. Ces accès se répètent avec une fréquence variable et on peut en compter vingt, trente, quarante et plus dans les vingt-quatre heures.

Les intervalles de repos surviennent en général d'une façon assez capricieuse. Chez quelques malades, ils affectent une très grande régularité : ils dépendent, alors, d'une circonstance extérieure, toujours la même, pour un même malade (Lasègue).

Le hoquet peut s'accompagner d'autres phéno-

mènes : *bâillement* (Charcot), *crises convulsives* (Mader). Chez une malade de Weill, atteinte de hoquet depuis trois ans, survient une dothienentérie ; celle-ci guérit, on voit alors des accès de vingt à cent hoquets accompagnés de *mouvements synchrones des membres supérieurs*. Dans d'autres cas, enfin, les malades pleurent ou poussent des cris.

OBSERVATION XXVIII

Ainsi, Gamberini (1) rapporte le cas d'une jeune fille de dix-huit ans, qui, après avoir présenté des phénomènes *hystériques*, fut affligée d'un hoquet violent survenant par accès et s'accompagnant d'un *hurlement particulier*. Traitée à l'hôpital de Bologne, elle n'avait obtenu aucun résultat de l'emploi des révulsifs et des antispasmodiques, lorsqu'elle vit ses accès diminuer d'intensité par l'emploi de l'acupuncture à l'épigastre, puis cesser complètement par l'emploi répété du même traitement.

L'influence de la volonté sur le hoquet est nulle. Par contre, le sommeil le fait disparaître dans la plupart des cas. Les exceptions à cette règle sont rares. De sorte que cette action suspensive du sommeil a une haute valeur diagnostique. On sait, d'ailleurs, que cette influence sédative du sommeil est générale pour les manifestations de l'hystérie.

Le facies de la malade vient ajouter sa note carac-

1. Gamberini. *Gazette méd. de Paris*, 1838.

téristique : la malade est triste, apathique en général, recherche l'isolement.

Le hoquet hystérique a une marche essentiellement chronique, et sa ténacité est désespérante. Les médicaments n'ont aucune prise sur lui. A propos de bâillement chez une jeune fille de dix-sept ans, Charcot s'exprime ainsi dans ses leçons (1888-1889) :

« A tout prendre, les phénomènes d'hystérie convulsive vulgaire, régulière, sont bien moins tenaces, moins inaccessibles que ne le sont, par leur monotonie désespérante, la toux, le hoquet, l'aboiement hystériques et aussi le bâillement. Il y aurait avantage, si faire se pouvait, ainsi que l'a bien montré M. le professeur Pitres, à favoriser le développement des attaques, dans l'espoir de changer le cours des choses et de rendre la maladie dans son ensemble plus accessible aux moyens thérapeutiques. »

La durée de cet accident hystérique est fort variable. On a cité des cas de vingt-quatre et même de trente ans (cas de Bartholin).

La terminaison est brusque, soit spontanément, soit à la suite d'une vive émotion, soit à la suite d'un traitement médical.

Le pronostic du hoquet hystérique est bénin, *quoad vitam*. Mais on conçoit que, dans les cas particulièrement rebelles, où le sommeil et l'alimentation deviennent difficiles, une cachexie plus ou moins grave puisse survenir.

Le diagnostic est souvent fort délicat, car souvent il s'agit d'hystérie monosymptomatique. Pour le

faire en pareil cas, on se basera sur l'étiologie, sur les conditions d'apparition du hoquet, âge et sexe, sur les antécédents héréditaires, sur l'influence suspensive du sommeil, sur l'évolution et la suggestion, enfin.

B. — A côté du hoquet hystérique, doit prendre place le *hoquet de cause psychique.* Ce dernier nous retiendra très peu, car il est exceptionnel qu'il prenne l'allure du hoquet incoercible.

Il survient généralement, chez des jeunes filles, entachées de névropathie, à la suite d'un rire violent ou à la suite des pleurs ; il précède ou succède aux sanglots.

C. — On a encore signalé le hoquet incoercible au cours de la *chorée* et de *l'épilepsie.*

Au cours de la chorée il est signalé par Archintre. Hellis (1) de Rouen rapporte le cas d'une enfant de douze ans, choréique, qui a présenté un hoquet très violent, s'accompagnant de palpitations, de sueurs profuses, et de douleurs, le long de presque tous les nerfs et du rachis. Il institua une médication tonique et tout rentra dans l'ordre.

Au cours de l'épilepsie, le hoquet a été considéré quelquefois comme un équivalent épileptique.

Il est vraisemblable qu'il s'agit dans tous ces cas d'hystérie.

---

1. Hellis. *Archives générales de Médecine*, 1827, 1re série, t. XIII, p. 448.

D. — Le hoquet d'origine *traumatique* est très rarement observé et nous n'avons pu recueillir, dans la littérature médicale, plus de trois cas, que nous allons immédiatement citer.

Nous ferons tout d'abord remarquer que le traumatisme ne présente rien de particulier quant à sa violence, et, surtout quant à son siège. C'est là un fait sur lequel nous reviendrons, lorsque nous discuterons la pathogénie de cette variété de hoquet.

Voici ces observations ;

OBSERVATION XXIX

Lathoud (thèse de Paris, 1880, sur les spasmes traumatiques) cite, en deux lignes, à la page 27, le cas d'une jeune fille du service de Polaillon, qui fut prise d'un hoquet persistant à la suite de l'ablation d'une exostose sous-unguéale.

OBSERVATION XXX

Avezon (cité *in* thèse Lathoud), rapporte l'observation d'un blessé, chez lequel il suffisait de toucher la pulpe des doigts pour produire du hoquet.

OBSERVATION XXXI

Le Dr Short (1) rapporte le fait d'un homme de quarante-

1. Short. *In Gazette médicale*, 1833.

cinq ans, qui à la suite d'un fort *coup sur l'apophyse mastoïde*, fut atteint d'une céphalalgie intense, de troubles de l'ouïe, accompagnés de phénomènes généraux. Quelques jours après, il fut atteint d'un hoquet très violent qui ne lui donnait pas un moment de repos. Une large saignée, un purgatif, l'application d'extrait de belladone sur la partie affectée, ainsi que sur le trajet du phrénique au cou, n'amenèrent aucun soulagement. Un vésicatoire fut alors appliqué autour du cou et le malade recouvra la santé.

Qu'allons-nous conclure de ces trois observations ?

Notons, avant tout, que dans les trois cas, le traumatisme a été éloigné du phrénique, dont on ne pourrait pas, par conséquent, invoquer la lésion.

Dès lors, il nous paraît logique de faire intervenir ici, une prédisposition antérieure, et de faire rentrer ces cas de hoquet traumatique dans le groupe des hoquets hystériques.

Il ne faudra pas s'attendre à retrouver dans tous les cas des stigmates de la névrose.

Brodie (Londres, 1837) est le premier qui, sous le nom *d'hystérie locale* (*of certain local nervous affection*), décrit des observations de spasmes hystériques, survenant chez des jeunes filles, après un traumatisme.

Ces faits, signalés par Brodie, étaient pour ainsi dire, passés inaperçus, lorsque Charcot dans une de ses leçons de la Salpêtrière (*Progrès médical*, 1878, p. 335) appela l'attention sur ces faits d'hystérie

locale, apportant de nouvelles observations à lui.

Le hoquet traumatique n'est donc qu'une variété du hoquet hystérique. Le traumatisme n'est ici qu'une cause occasionnelle qui vient déclancher la névrose ; il n'est qu'un prétexte.

Et ce sont là choses utiles à connaître, lorsqu'il s'agit d'un accident du travail, comme il est utile d'ailleurs de connaître le hoquet simulé, volontaire, dont nous allons maintenant nous occuper.

§ 5. — *Hoquet simulé*

Le *hoquet simulé* ou *volontaire* est très rarement mentionné par les auteurs, et nos recherches personnelles n'en ont pu recueillir que cinq cas :

OBSERVATION XXXII

Champouillou (1), dans une statistique des maladies simulées constatées par lui au Val-de-Grâce, de 1854 à 1856, signale *deux* cas de hoquet bruyant, rappelant l'aboiement du chien (*canis latratum referente*).

OBSERVATION XXXIII

Boisseau (2), professeur agrégé du Val-de-Grâce en 1870,

1. Michel Lévy. *Traité d'hygiène publ. et privée*, 4e éd.
2. Boisseau, *Des maladies simulées*, 1870, Paris, p. 431.

relate le cas d'un soldat de son service, qui simulait à la fois l'imbécillité et le hoquet.

OBSERVATION XXXIV et XXXV

Ce même auteur rapporte *deux* cas de hoquet simulé, communiqués par O. Larcher (1). Il s'agit de deux enfants, observés par Larcher, l'un dans le service de M. Roger, pendant son internat, l'autre en 1869. dans sa pratique privée.

Dans les deux cas la simulation était l'œuvre de jeunes fillettes qui avaient imaginé cette supercherie, dans l'espoir d'obtenir de leurs parents un objet dont elles avaient envie et qu'on leur avait refusé.

Larcher n'a pas conservé de notes précises sur la durée de la simulation dans le premier cas ; mais, d'après ses souvenirs, elle aurait duré près de trois jours, sous ses propres yeux. Dans le second cas, où il fut appelé dès le début (les parents étaient fort inquiets en voyant le fâcheux effet de leur refus), le hoquet dura cinq jours, avec une remarquable opiniâtreté.

Larcher ne se souvient pas exactement pour la première enfant, si les spasmes du diaphragme cédèrent aux marques d'incrédulité ou aux menaces d'un traitement, qui promettait sans doute d'être douloureux. Mais toujours est-il que chez la seconde enfant, les parents ne voulant pas pousser plus loin l'expérience, le jouet désiré fut accordé et le hoquet cessa comme par enchantement.

La fillette observée à l'hôpital des Enfants-Malades n'avait

1. *Ibidem*.

le hoquet que le jour, et la vigilance de la religieuse avait surpris son absence complète pendant le sommeil. Chez l'enfant observée en ville, le sommeil était également calme et, comme chez l'autre, les crises étaient surtout violentes pendant les visites du médecin.

Dans le second cas, dès que l'objet demandé fut accordé, la pseudo-malade avoua elle-même, en riant, la supercherie dont elle s'était servie pour arriver à son but et même, elle déclara, naïvement, qu'elle avait bien l'intention de la continuer plus longtemps, si on ne lui avait pas cédé. Larcher ajoute du reste, dans la note communiquée à Boisseau, et que nous ne faisons que transcrire, que *la fillette redonna sur-le-champ le spectacle d'une nouvelle crise*, qui s'arrêta ensuite dès que les assistants manifestèrent le désir de la voir cesser.

CHAPITRE II

Nourrissons

Le hoquet est, comme on le sait, un phénomène extrêmement fréquent chez les *nourrissons*. Chez certains d'entre eux, il apparaît d'une façon inconstante, transitoire et capricieuse et s'en va de même. Chez d'autres, au contraire, il se montre avec une fréquence insolite et avec une régularité surprenante : après chaque tétée. Ce sont, évidemment, ces derniers cas seulement qui rentrent dans le cadre de notre travail.

Le hoquet est surtout fréquent dans les trois premiers mois de la vie, et sa fréquence diminue progressivement, à mesure que l'enfant avance en âge. A la fin de la première année il devient très rare. C'est surtout chez des enfants nourris au sein que le phénomène s'observe surtout ; il est beaucoup plus rare chez les enfants qui prennent le biberon.

Il apparaît après la tétée, immédiatement souvent, après plusieurs heures quelquefois. Si, pendant que l'enfant a le hoquet, on le remet au sein, le spasme diaphragmatique disparaît.

Il est souvent accompagné de régurgitations qui,

généralement le précèdent. Le hoquet apparu, les les régurgitations cessent.

Une autre particularité est intéressante à signaler : le hoquet se voit surtout chez des enfants sains, robustes, présentant une belle courbe d'augmentation de poids. Aussi le hoquet a-t-il toujours été considéré comme un phénomène favorable ; opinion qui semble d'autant plus plausible, qu'on le voit disparaître dès que la santé de l'enfant décline.

Déjà Parrot (1) en parlant du hoquet des nourrissons disait :

« Je dois signaler ce phénomène, comme *très fréquent et très tenace ; car il n'est pas exeptionnel de le voir durer, à diverses reprises dans la journée pendant vingt ou trente minutes et même une heure entière.*

« Il ne gêne en rien l'enfant, dont la face reste épanouie, et ce n'est pas sans raison que le vulgaire y voit l'indice d'un estomac satisfait et digérant sans peine un copieux repas. Il cesse toujours, quand le mal vient et ne reparaît qu'avec la santé. »

Marfan (1) est beaucoup moins affirmatif en parlant de la signification du hoquet des nourrissons.

« On a voulu tirer du hoquet des indications sur le succès ou l'insuccès de l'allaitement. Le hoquet est un phénomène très fréquent chez les nourrissons : il peut se montrer dès les premiers jours de la vie,

1. Parrot, *Clinique des nouveau-nés* ; *l'athrepsie*, p. 66.
1. Marfan. *Traité de l'allaitement*, 1903, p. 312.

c'est le résultat d'un acte dont le mécanisme est observé et compliqué ; il pourrait d'après W. Freyer, se produire dès la vie intra-utérine, chez les hommes ou les animaux. »

Sa signification a été diversement interprétée. Nous venons de voir que Parrot le considère comme l'indice d'une digestion normale, comme un phénomène favorable qui cesse dès que l'enfant est malade et reparaît avec la santé.

D'autres auteurs le considèrent comme l'indice d'une digestion pénible, laborieuse, comme le signe d'une distension brusque de l'estomac par le gaz.

« En réalité, dit Marfan, le hoquet, acte dont nous connaissons mal le mécanisme, ne paraît avoir, chez le nourrisson, aucune signification, ni bonne, ni mauvaise. »

Tel n'est point l'avis de M. Thévenet (1) qui, de l'examen de soixante-trois cas, publiés dans la thèse de Trèves (2), tire les conclusions suivantes :

1° Le hoquet doit être regardé comme un signe de surcharge relative de l'estomac ou de digestion laborieuse.

2° On peut le regarder comme une régurgitation avortée, indiquant que l'estomac n'arrivant plus à se vider par en haut, se décide à l'évacuation pylorique, dont le hoquet deviendrait ainsi le signal et, peut-être l'auxiliaire, grâce à la compression exercée par le diaphragme.

1. Thévenet. *Lyon médical*, août 1905, p. 334.
2. Trèves. Thèse de Lyon, 1905.

Et, de fait, nous avons vu que l'apparition du hoquet *coïncidait* avec la cessation des régurgitations.

3° Il tend à disparaître avec tous les états pathologiques rendant la surcharge gastrique impossible : anorexie, inanition, intolérance gastrique. Aussi son retour, après des troubles digestifs graves, est-il l'indice du retour de l'estomac à son fonctionnement normal.

Ainsi s'explique que l'on ait pu, non sans raison valable, faire du hoquet un phénomène de bon augure et un signe de prospérité du nourrisson. Et, conclusion inattendue et intéressante, l'existence du hoquet, chez un nourrisson au sein, fournit une présomption en faveur de la nourrice, en indiquant que celle-ci n'est pas avare de son lait !

Malgré tout, le hoquet n'a qu'une valeur très relativement favorable. Il indique que les quantités de lait ingérées, encore bien digérées puisque l'enfant augmente régulièrement, sont sur le point de devenir exagérées. Il indique, en d'autres termes, que la limite de tolérance de l'estomac est atteinte. C'est donc, un signe avant-coureur de la suralimentation qu'une surveillance attentive permettra ainsi d'éviter.

Quatrième Partie

I. — VALEUR PRONOSTIQUE

En parlant du *pronostic* du hoquet, Larcher (dict. Jaccoud, art., Hoquet) s'exprime ainsi : « La valeur pronostique du hoquet n'a rien d'absolu et l'on peut dire qu'elle est, en quelque sorte, toute d'emprunt ; mais — s'empresse-t-il d'ajouter — chacun sait néanmoins que, vers le déclin d'une maladie grave, la convulsion spasmodique vient souvent s'ajouter aux divers phénomènes, dont l'ensemble fait redouter une fin prochaine et, par conséquent, on ne peut s'empêcher de considérer, comme d'un mauvais augure, l'apparition du hoquet au milieu de semblables circonstances. »

Il nous semble qu'en étudiant le pronostic du hoquet, on doit avoir en vue deux ordres de cas :

1° Cas où le hoquet aggrave ou améliore le pronostic de la maladie causale.

2° Cas où l'apparition du hoquet peut être considérée comme un symptôme de bon ou de mauvais augure ou, encore, comme un symptôme indifférent ;

3° Nous parlerons, enfin, de l'hystérie.

1° Les cas de la première catégorie sont en somme, peu nombreux. Sans doute, lorsque le hoquet survient au cour d'une maladie déjà fortement déprimante, comme la fièvre typhoïde par exemple, il peut considérablement assombrir le pronostic. Douloureux, s'accompagnant quelquefois de dysphagie, condamnant le malade par sa continuité à une insomnie épuisante, le hoquet incoercible peut, sans doute aucun, contribuer à déterminer une cachexie rapide. De plus, il peut retarder la consolidation d'une fracture de côté.

Les cas se comptent, par contre, où l'existence du hoquet était considérée comme providentielle : la malade de Mercier (1), une hystérique, tenait beaucoup à son hoquet qui lui procurait une sensation de bien-être.

2° Pouvons-nous tirer de l'apparition du hoquet un pronostic général de la maladie causale?

Dans nombre de cas, oui.

Trois éventualités sont à considérer:

a) Le hoquet est un *symptôme de mauvais augure* dans bien des affections abdominales. Il passe, en effet, à bon droit, comme très grave dans la péritonite, dans l'étranglement herniaire et dans l'occlusion intestinale. Grunner (cité par Eloy) disait : *Inter mala indicia est singultus ubi ab hernia inclusa et retenta.*

Le hoquet des *fièvres* n'a plus pour nous la gravité

1. Mercier. Thèse de Paris, 1880.

que lui attribuaient les anciens avec Hippocrate. Cette notion de gravité était même à ce point courante, que pour le public, le mot hoquet était synonyme de maladie mortelle : « Madame de Dufort se meurt d'un hoquet, d'une fièvre maligne » (Mme Sévigné, lettre à sa fille). Comme nous l'avons vu, en parlant de la fièvre typhoïde, le hoquet, dans les infections, ne doit être considéré comme grave ou, plutôt, comme aggravant, que lorsqu'il était particulièrement violent et tenace.

On n'admet plus l'opinion déjà vue de Van Swieten, d'après lequel le hoquet était un signe de très mauvais augure lorsqu'il se montrait au début des aphtes.

Enfin, rappelons que M. Lamy (Soc. méd. des hôpitaux, 18 janvier 1907) le considère comme très grave dans les maladies encéphaliques et dans la tuberculose pulmonaire.

b) Y a-t-il des cas où l'apparition du hoquet puisse être considérée comme un signe de bon augure ?

On a voulu le considérer comme tel, chez les nourrissons, chez lesquels il n'existe que lorsque la santé est bonne : « il cesse toujours quand le mal vient et ne reparaît qu'avec la santé » (Parrot). Nous avons vu que M. Marfan, par contre, n'attache aucune valeur pronostique au hoquet des nourrissons.

c) Dans nombre de maladies, dans le plus grand nombre même, le hoquet est un symptôme indifférent : son pronostic se confond avec celui de la maladie causale, qui n'est ni plus grave ni plus béni-

gne du fait de l'apparition du spasme diaphragmatique.

3° Dans l'hystérie, le hoquet est peu grave. Les personnes résistent d'une manière extrêmement remarquable (Moreau) et, une fois calmées, elles reprennent leurs forces et leur vigueur d'autrefois. Nous avons déjà signalé le cas de Bartholin, ou l'on voit un hoquet ayant duré trente ans, sans danger pour la malade.

II. — VALEUR DIAGNOSTIQUE

La valeur diagnostique du hoquet est restreinte, elle n'est point nulle. Et nous ne pouvons vraiment pas souscrire à l'opinion trop exclusive des auteurs du compendium : « La valeur séméiologique du hoquet est nulle. »

La vérité est que le hoquet, symptôme évident et souvent alarmant, attire de suite l'attention des médecins et peut mettre sur la voie du diagnostic causal.

Nous laisserons de côté, bien entendu, le témoignage de Van Swieten qui lui accorde une grande valeur diagnostique dans les aphtes. Mais voici un cas plus instructif, où le hoquet a été, pendant la vie, le seul symptôme associé a une grande dyspnée.

OBSERVATION XXXVI

Un malade de Rob. Moreau (1) est subitement atteint d'un hoquet violent, accompagné d'un dyspnée presque absolue, qui dura six jours et entraîna la mort du sujet. Or, pendant la vie, l'examen de l'appareil pulmonaire n'a rien révélé qui ait pu expliquer la dyspnée. On n'a pas cherché à s'expliquer le hoquet... Et à l'autopsie on trouva un énorme abcès rétro-pharyngien.

Si la sémiologie du hoquet était mieux connue des praticiens, des cas pareils seraient évitables. Combien de fois le hoquet pouvait-il inciter le médecin à rechercher une tumeur médiastine ou une pleurésie diaphragmatique latente ? Nous possédons, en outre, des données plus précises sur la valeur diagnostique du hoquet.

Gubler et Béhier, nous l'avons vu, ont remarqué que le hoquet indiquait, dans le cancer de l'œsophage, son siège sous-diaphragmatique, juxta-pylorique.

Et nous avons vu que, chez le nourrisson, l'apparition du hoquet indique que la limite de tolérance de l'estomac est atteinte, et que la suralimentation est sur le point de devenir exagérée.

Nous terminerons en disant que, d'une façon toute générale, lorsque le hoquet se montre avec l'allure

---

1. Rob. Moreau, *Recueil périodique de la Soc. de méd.*, t. XIII.

d'un phénomène essentiel, il faudra de parti pris chercher son explication dans une lésion organique, et on commencera toujours ses investigations par les viscères qui se trouvent avoir des connexions avec le nerf phrénique.

Cinquième partie

TRAITEMENT

C'est du traitement curatif seul, que nous nous occupons. Il ne peut, en effet, être question du traitement prophylactique d'un trouble aussi soudain, aussi brusque, dans son apparition.

Le traitement curatif comprend des moyens thérapeutiques innombrables. Ce qui montre d'une façon évidente que la remarque d'Eloy « la thérapeutique du hoquet n'existe pas » n'est point fausse.

Comment allons-nous étudier les moyens de combattre le hoquet ? Nous le diviserons, tout d'abord, en deux grands groupes, se rapportant le premier au traitement étiologique, le second au traitement symptomatique.

I. — *Traitement étiologique*

Le hoquet n'étant qu'un accident contingent au cours d'affections fort diverses, sa thérapeutique doit, avant tout, se confondre avec la thérapeutique

de ces affections. C'est là le traitement le plus rationnel et, pratiquement, le plus utile.

C'est ainsi que l'on a pu guérir des hoquets incoercibles par la quinine, lorsque c'était le paludisme qui était en cause (deux cas de hoquet). Le traitement d'une hyperchlorhydrie gastrique a seul pu avoir raison d'un hoquet, contre lequel tous les autres moyens avaient échoué *(Gaz. des Hôpitaux*, 1904, n° 34). Nous avons déjà rapporté le cas de Cavasse, où un hoquet incoercible céda à l'administration du calomel qui amena l'expulsion d'un paquet d'ascaris.

Le régime lacté sera dirigé contre le hoquet dû à l'auto-intoxication gravidique. La suppression du tabac sera prescrite pour combattre le hoquet tabagique. Une injection massive, intra-veineuse de sérum physiologique fera disparaître le hoquet dû à l'anémie bulbaire et consécutif aux hémorragies profuses. La saignée arrivera à juguler un hoquet chronique, dû à l'auto-intoxication urémique. La diminution de la longueur des tétées sera indiquée dans le hoquet des nourrissons.

II. — *Traitement symptomatique*

Mais la cause du hoquet n'est pas toujours, nous l'avons vu, évidente. D'autre part il n'est pas toujours facile de s'attaquer à la cause. Comment, en effet, nous y prendrions-nous pour supprimer la

cause due à une adénopathie trachéo-bronchique, à une pleurésie médiastine, à une tumeur cérébrale ou à une méningite ? Force nous est, alors, d'avoir recours à la thérapeutique symptomatique pure. Et nous l'emploierons, cette thérapeutique symptomatique, d'autant plus que l'élément névropathique, hystérique de notre malade sera plus accusé.

Or, ce traitement symptomatique a été inspiré quelquefois par les notions physiologiques, très souvent c'est l'empirisme, seul, qui l'a créé. On conçoit, dès lors, le nombre incalculable de moyens proposés, le nombre invraisemblable de succès inexpliquables ou inexpliqués.

Le traitement symptomatique peut être médicamenteux ou non médicamenteux.

1° *Traitement médicamenteux.* — En tête des médicaments prescrits contre le hoquet, nous trouvons les antispasmodiques : extrait de belladone, jusquiame, valérianate de zinc, etc.

Danet vante beaucoup les propriétés du valérianate de Zinc. Debreyne, celles de la belladone et du camphre. Eichhorst associe la belladone au bromure. Warnes et Albertus donnent leur préférence au musc; Trousseau, à l'infusion de menthe. Amédée Latour recommande les inhalations de chloroforme (*Annales médico-psychologiques*, t. XII). Marage a obtenu la cessation d'un hoquet très grave par la potion suivante :

Huile d'amandes douces.....	60 gr.
Sirop diacode.....	30
Sirop de menthe poivré.....	12
Chloroforme.....	2

à prendre par cuillerée toutes les trois heures.

Lépine conseille les inhalations d'éther. Guéneau de Mussy donnait un mélange de thériaque et belladone. Les potions cocaïnées ont été beaucoup préconisées par Weissemberg, dans les hoquets qui semblent dus à une hypersensibilité de la muqueuse gastrique. Ortil (de Lille) après Ruhforden et Stadler, a noté l'efficacité des injections sous-cutanées de pilocarpine, sans expliquer toutefois le mécanisme de son action.

Constable avait obtenu de bons résultats,en ayant recours aux injections sous-cutanées de morphine.

D'autres médicaments sont plutôt bizarres. Juavitz (cité par Mercier) rapporte l'observation d'un médecin qui, pendant la convalescence d'une fièvre gastrique, fut pris d'un hoquet, dont la persistance et l'intensité le fatiguaient énormément. Plusieurs antispasmodiques furent pris sans aucune espèce de résultats, et une guérison définitive ne fut obtenue, qu'à la suite de l'ingestion d'une infusion de moutarde, que le malade avala par erreur, la prenant pour une infusion de graines de lin.

Gola (1) rapporte un cas, dans lequel le hoquet a

1. Gola. *Archives gén. de Médecine*, 1re série, t. IV 1824, p. 614.

cédé à l'administration de 4 grammes d'acide sulfurique dans 500 grammes d'eau.

Short, dans un cas de hoquet hystérique déjà ancien, a obtenu la guérison rapide, en administrant à la malade des pilules contenant :

Valérianate de zinc.....	5 centigr.
Extrait de belladone.....	1 centigr.

Debreyne (cité p. Loquet) assure avoir toujours réussi avec les pilules suivantes :

Extrait de belladone.....	2 gr.
Camphre.....	1 gr.
Sirop gommeux.....	quantité suffisante

Faire 60 pilules

Le premier jour 2 pilules, 1 le matin et 1 le soir ; le second jour 3, matin, midi et soir, en augmentant jusqu'à 6, que l'on prend en trois fois dans les vingt-quatre heures.

Danet (1) préfère le valérianate de zinc :

Valérianate de zinc.....	0 gr. 05
Extrait de belladone.....	0 gr. 05
Extrait mou de quinquina....	quantité suffisante

Avec 2 de ces pilules, Danet guérit un hoquet hystérique, survenu à la suite d'une contrariété.

1. Danet. *Gaz. des Hôpitaux*, 8 octobre 1862.

2° *Traitement non médicamenteux.* — Le traitement non médicamenteux est tout aussi riche que le précédent. Mais il s'inspire davantage des données physiologiques.

A. — *L'irritation périphérique* trouve sa raison d'être dans les travaux de Vulpian, Charcot, Brown-Séquard, qui ont montré l'importance des excitations périphériques et leur action inhibitoire sur les phénomènes moteurs. Il faut cependant remarquer que beaucoup de ces moyens, déterminant l'irritation de la peau, avaient déjà été recommandés par l'empirisme depuis fort longtemps.

Cette excitation a porté sur presque toutes les régions du corps :

a) *Epigastre.* — Brown-Séquard et Eloy, y appliquaient des compresses chloroformées. Stamcs. Bretonneau, Loquet employèrent à Tours l'acupuncture épigastrique, qui leur a donné des succès, ainsi qu'à Gamberini ; ce procédé a été importé du Japon au XVI[e] siècle par Then Thyn et Kempfer. Rose (1) faisait des pulvérisations d'éther sur l'épigastre en même temps que sur le cou.

b) *Muqueuse de l'appareil digestif supérieur.* — Gola faisait des badigeonnages du pharynx et prescrivait l'ingestion de limonade sulfurique. Varangot (2) faisait boire, lentement, en se pinçant le nez. Piorry et Eichhorst avaient recours au cathétérisme

1. Rose. *The Lancet*, 1871, vol. II, p. 181.
2. Varangot. *Chronique médicale*, 1896.

de l'œsophage, lorsqu'ils supposaient qu'il y avait un rétrécissement de ce conduit.

Régis et Debedat avaient recours à la galvanisation tétanisante de l'œsophage (1).

Eichhorst a également prescrit des irrigations froides du pharynx,

Récemment M. Lépine (2) découvrit, par hasard, que la projection de la langue hors de la bouche faisait immédiatement cesser le hoquet. Il préconise l'emploi systématique de ce moyen, dont Martelli (3) a également constaté les bons effets.

Ommegank laisse fondre sur la langue une pincée de sel sur un morceau de sucre vinaigré.

c) *Autres régions.* — La compression des conduits auditifs avec extension forcée de la tête a été recommandée par Hénocque. Zuccarelli (4) préconise l'ignipuncture à la base du thorax.

Piretti (*Il filiatre Sebezio* 1850), a pratiqué la compression de la circonférence de l'un des poignets, au niveau du carpe. La compression doit être d'autant plus forte que le sujet est gras — et peut être faite soit avec la main, soit avec un ruban autour de la région indiquée.

On a également proposé la compression du cubital dans la gouttière olécranienne, et la pression prolongée et énergique de la pulpe du petit doigt con-

1. Régis et Debedat. *Semaine médicale*, 8 sept. 1896.
2. Lépine, *Société de Biologie*, 8 février, 1896.
3. Martelli, *Thèse de Toulouse*, 1897.
4. Zuccarelli. *Semaine médicale*, 11 novembre, 1896.

tre celle du pouce (Pauzat, *Journal* des *Praticiens*, 1895, t. II, p. 244.

B. — *La gêne mécanique des mouvements diaphragmatiques* a été également utilisée pour combattre le hoquet incoercible.

Boyer et Rostan ont obtenu des résultats excellents dans plusieurs cas de hoquet rebelle, par la compression de l'épigastre à l'aide d'une pelote de linge laissée en place pendant plusieurs heures et maintenue en place au moyen d'un bandage de corps fortement serré ou d'un bandage herniaire.

Il existe, d'ailleurs, toute une série de moyens populaires ayant les mêmes buts et résultats : retenir sa respiration aussi longtemps qu'il est possible ; ou encore faire une expiration forcée (Eichhorst) ; ou bien provoquer des perturbations des mouvements diaphragmatiques par des moyens tels que l'éternuement.

C. — *La modification de l'oxygénation sanguine* a été employée par Mathieu (1) qui fait faire 40 à 50 inspirations rapides et modifie ainsi l'excitabilité bulbaire.

D. — D'autres moyens se proposent *d'agir directement sur les phréniques.*

La compression prolongée des nerfs phréniques, au niveau de leur traversée cervicale, entre les deux chefs inférieurs des sterno-cléido mastoïdiens, a été employée avec beaucoup de succès par Grognot (de

1. Mathieu. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 11 oct. 1895.

Milly), puis par Leloir dont nous avons cité l'observation.

Dumontpallier (*Union médicale* 1867) a eu recours à la galvanisation des phréniques, chez un vieillard de soixante ans, atteint de hoquet incoercible depuis un mois. Un des rhéophores était appliqué au cou, l'autre au niveau des insertions du diaphragme du côté gauche. Le succès fut rapide et complet, au bout de quelques séances.

Short (*Gazette médicale*, 1833) dans un cas de hoquet incoercible, survenu chez un malade après une chute sur l'apophyse mastoïde, n'obtint d'abord aucun résultat d'une large saignée, d'un purgatif et de l'application d'extrait de belladone sur la région cervicale. Il posa alors un vésicatoire autour du cou et le malade fut immédiatement guéri .

E. — La *suggestion*, enfin, sous toutes ses formes, donnera des résultats inattendus, là où mille autres moyens auront échoué.

Ainsi, on s'est trouvé bien de l'application d'un aimant à la base du thorax (Laënnec) ; la frayeur, une émotion vive, la fixation de l'attention sur un objet sont autant de moyens d'inhibition, qui ont, à leur actif, beaucoup de cas de succès.

D'ailleurs, la plupart des moyens, que nous avons précédemment décrits, doivent leurs bons résultats à la suggestion.

S'il nous fallait résumer le traitement du hoquet nous dirions : essayer avant tout de supprimer sa cause ; lorsqu'il semble ne relever que de l'hystérie,

employer d'emblée la suggestion. Et, pour cela, les moyens les plus bizarres, les plus impressionnants sont les meilleurs. Bertier (1) a vu un hoquet grave qui, pendant plusieurs années, avait résisté à tous les traitements, guérir subitement à Lourdes, après l'ingestion d'un verre d'eau.

---

1. Bertier. *Gazette des Hôpitaux,* 8 juillet 1905.

CONCLUSIONS

I.— Le *hoquet incoercible* est une succession de contractions brusques, spasmodiques et involontaires du diaphragme avec contractions coïncidentes de la glotte, résistant longtemps à toutes les médications nouvelles.

II. — Cliniquement, il apparaît, tantôt comme un épiphénomène, noyé au milieu des autres symptômes d'une affection connue ; tantôt, au contraire, c'est lui qui domine la scène, les autres symptômes étant imprécis ou inexistants.

III. — Dans ce dernier cas, avant d'affirmer que l'on se trouve en présence d'un phénomène hystérique, il est indispensable de procéder à un examen approfondi du malade. Très souvent, alors, on trouvera une cause organique pour expliquer le hoquet incoercible.

IV. — Le hoquet hystérique n'est contesté par personne, même pas par les auteurs qui ont le plus contribué à restreindre le domaine de la « grande simulatrice ».

V. — Le hoquet traumatique est presque toujours d'origine hystérique.

VI. — Le hoquet incoercible peut être volontairement simulé.

VII. — Sa valeur pronostique est variable, mais dans bien des cas absolument réelle.

a) Il indique un *pronostic fatal* dans certains états pathologiques abdominaux (étranglement herniaire, occlusion intestinale, péritonite).

b) Il indique un pronostic *relativement bon* chez le nourrisson ; il disparaît lorsque celui-ci tombe malade ; il prouve donc son état de prospérité.

De plus, chez un nourrisson au sein, le hoquet fournit une présomption en faveur de la nourrice : il montre que celle-ci n'économise point son lait.

c) Il peut, enfin, *aggraver le pronostic* d'une maladie, lorsque, par sa ténacité, par l'inanition et l'insommie qu'il provoque, il occasionne l'épuisement du malade.

VIII. — Il met quelquefois le médecin sur la voie d'un diagnostic difficile. D'une façon générale, il faut, lorsque la cause du hoquet n'est pas évidente, commencer les investigations cliniques par les organes qui ont des connexions immédiates avec le nerf phrénique ; pratiquement, en effet, le hoquet doit être considéré comme le cri de détresse du phrénique.

IX. — L'apparition du hoquet chez un nourrisson, n'indique pas seulement que la santé de celui-ci est prospère ; il indique, en outre, qu'on est en train de la compromettre, que la suralimentation est sur le point de dépasser les limites normales.

X. — Le traitement du hoquet doit être, avant tout, et chaque fois que la chose est possible, étiologique. Le traitement symptomatique s'adressera aux antispasmodiques, à tous les moyens inhibitoires à la suggestion.

Vu : le président de la thèse
BRISSAUD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Archintre. — Etude sur le hoquet, Thèse de Paris, 1876.

Assailly. — Du hoquet dans la pneumonie, Lyon, 1903.

Béclard. — Traité de physiologie humaine, Paris, 1866.

Bertier. — Le hoquet. Gaz. des Hôpitaux, 1905.

Bomchis. — Du hoquet dans la fièvre typhoïde, Thèse Paris, 1901.

Bouchut. — Traité de diagnostic et de sémiologie, Paris, 1883.

Camerer. — Gaz. méd. de Paris, 1850, 3e sér., t. V, p. 627.

Cavasse. — Gaz. des Hôpitaux, 1867.

Chambard-Hénon. — Lyon médical, 1890, t. III, p. 50.

Charcot. — Sem. méd., 15 sept., 1886.

Monneret et Fleury. — Compendium de méd.

Debove et Achard. — Manuel de diagnostic médical.

Eichhorst. — Traité de pathologie interne et de thérap., 1889.

Gamberini. — Gaz. méd. de Paris, 1838, t. VI, p. 412.

Gandy et Lévy-Valensi. — Soc. méd. des Hôp., 25 janv. 1907.

Gola. — Arch. gén. de méd., 1824, t. IV, p. 614.

Guéneau de Mussy. — Clin. méd., 1874, t. I.

Huchard. — Union méd., 1876, février.

Lamy et Cléret. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 18 janvier 1907.

Landouzy. — Traité de l'hystérie, 1846, p. 54-60.

Larcher. — Dict. méd. et chir. prat. — art. Hoquet.

Boisseau. — Leçons sur les mal. simulées, Paris, 1869, p. 331.

Lathoud. — Contrib. à l'étude des spasmes traum. Thèse de Paris, 1880.

Lépine. — Soc. de Biol. 8 févr. 1896.

Loquet. — Thèse de Paris, 1865.

Marfan. — Traité de l'allaitement, p. 216.

Martelli. — Thèse de Toulouse, 1896-1897.

Mathieu. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 11 oct. 1895.

Mercier. — Thèse de Paris, 1880.

Moreau. — Thèse de Paris, 1892.

Nozereau. — Journal de médecine, 1785.

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypn., 1871 t. I, p. 342.

Raulin. — Traité des aff. vaporeuses du sexe, 1758 p. 118.

Sergent. — Presse médicale, 10 juin 1908.

Tanquerel des Planches. — Traité des mal. du plomb, Paris 1839.

Thévenet. — Le hoquet des nourrissons. Lyon méd., 1905.

Traité de médecine Brouardel et Gilbert, t. X.

Variot. — Soc. de pédiâtrie, 19 nov. 1907.

Viault et Jolquet. — Traité de physiologie.

Zuccarelli. — Semaine médicale, 11 nov. 1896.

Imp. de la Faculté de médecine, Henri JOUVE, 15, rue Racine, Paris.